

Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação  
Especial: Domínio Cognitivo e Motor

# **Intervenção Precoce no Transtorno do Espetro do Autismo**

Daniela Cristina Ferreira da Costa

Lisboa, Julho de 2014



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação  
Especial: Domínio Cognitivo e Motor

# **Intervenção Precoce no Transtorno do Espetro do Autismo**

Daniela Cristina Ferreira da Costa

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus com  
vista à obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação na Especialidade  
de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, sob a

orientação do

Professor Horácio Saraiva

Lisboa, Julho de 2014

## RESUMO

Este trabalho de investigação tem como tema a Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo. Tem-se vindo a dar cada vez mais a devida importância à intervenção precoce, justamente por se saber do seu papel fundamental como forma de prevenção de resultados negativos e maximização de oportunidades de desenvolvimento para as crianças sinalizadas, ou já diagnosticadas com este espectro, uma vez que quanto mais precocemente forem iniciadas as intervenções, mais longe se pode ir na atenuação das limitações funcionais de origem, pois com uma intervenção ainda precoce é possível atuar ao nível da transformação das sinapses neuronais, que estão ainda flexíveis, devido à plasticidade neural presente nestas idades.

Com este trabalho pretende-se contribuir para o reforço da relevância da intervenção precoce no TEA, que vai assumindo um papel cada vez mais ativo no meio escolar, e o respetivo papel do professor de educação especial, na sua deteção e intervenção, atuando como parte de uma equipa multidisciplinar, sendo para tal necessário que esteja preparado, familiarizado com os sinais, características e modelos, estratégias e formas de intervenção deste transtorno.

A parte metodológica deste trabalho é direcionada para a formação e consequente prática pedagógica dos professores de Educação Especial. E, a pergunta que se levanta é a seguinte: *estarão, os professores de Educação Especial, preparados para intervir precocemente no Transtorno do Espectro do Autismo?* Depois de aplicado um questionário aos docentes de Educação Especial que trabalham atualmente na Intervenção Precoce, pode-se comprovar que estes não estão nem se sentem preparados para intervir precocemente junto de crianças com este tipo de transtorno.

O trabalho aqui desenvolvido pretende então colaborar para uma melhor reflexão acerca da formação e do posterior trabalho destes profissionais, de forma a que cada vez se consigam intervenções mais adequadas e eficazes. Posto isto, e atendendo ao que foi observado nesta investigação, pode-se concluir que se deve melhorar a formação dos professores de Educação Especial, pois estes têm um papel fundamental na identificação precoce do TEA, e respetiva intervenção, mas a falta de preparação para o fazer devido à falta de conhecimentos sobre o assunto, compromete a deteção do TEA e, consequentemente, o sucesso dos resultados.

**Palavras-chave:** *Intervenção Precoce; Transtorno do Espectro do Autismo; Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo; Sinais de alerta; Diagnóstico; Intervenção;*

## **ABSTRACT**

The theme of this research is Early Intervention in Autism Spectrum Disorder. It has been giving more importance due to early intervention, precisely because it is known about his fundamental role as a way to prevent negative outcomes and maximize development opportunities for children flagged or already diagnosed with this spectrum, when more earlier the interventions are started, more we can go further in the original source of functions limitations, because with an early intervention it is possible to act at the level of transformation of the processing of neuronal synapses, which are still flexible due to neural plasticity present these ages.

This work aims to contribute to strengthening the importance of early intervention in Autism Spectrum Disorder (ASD), which takes an increasingly active role at school, and the respective role of the special education teacher in their detection and intervention, working as a part of a multidisciplinary team and it is therefore necessary that he is prepared, familiarized with the signs, characteristics and models, strategies and forms of intervention in this disorder.

The methodological part of this work is directed to the formation and subsequent pedagogical practice of Special Education teachers. And the question that arises is: will the Special Education teachers, prepared to intervene early in the Autism Spectrum Disorder? After a questionnaire applied to teachers of Special Education currently working in Early Intervention, we can prove that they are not nor feel prepared to early intervention of children with this type of disorder.

This present work intend to contribute to a better reflection on the training and subsequent work of these professionals, so that more appropriate and effective interventions will be achieved. Therefore, attending to what was observed in this investigation, we can conclude that we must improve training for Special Education teachers, because they have a key role in the early identification of ASD and intervention,

but the lack of preparation to do it, because of the lack of knowledge on the subject compromises the detection of ASD and hence the success of the results.

**Keywords:** *Early Intervention; Autism Spectrum Disorder; Early Intervention in Autism Spectrum Disorder; Warning signs; Diagnosis; Intervention;*

## **Dedicatória**

Ao grupo de crianças com transtorno do espectro do autismo com as quais trabalhei, durante dois anos, numa unidade de ensino estruturado, e aos seus pais que tanto admiro.

## **Agradecimentos**

Ao professor Horácio Saraiva, por toda a disponibilidade e ajuda prestada, na orientação deste projeto.

Aos meus pais por mais um voto de confiança dado.

À Gabriela Carrilho, que foi minha colega durante os dois anos em que trabalhei com estas crianças, por todo o conhecimento transmitido.

E a todos os amigos que sempre me motivaram a aprofundar e desenvolver esta paixão pela área do “autismo”.

***"The longer a child with autism goes without help, the harder they are to reach"***

*(Threehouse, instituição no Reino Unido, in: campanha de sensibilização para a importância da intervenção precoce para crianças com autismo)*



## **LISTA DE SIGLAS**

TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

ASD – Autism Spectrum Disorder

IP – Intervenção Precoce

IPI – Intervenção precoce na Infância

IPTEA – Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UIP – Unidade de Intervenção Precoce

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais

CID – Classificação Internacional das Doenças Mentais

APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

CARS - Childhood Autism Rating Scale

M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers

PEP-R - Perfil Psicoeducacional revisado

ADI - Autism Diagnostic Interview

ASQ -Autism Screening Questionnaire

PECS – Sistema de Comunicação por troca de imagens

# ÍNDICE

Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Dedicatória e Agradecimentos.....	v
Lista de Siglas.....	vii

## CAPÍTULO 1

1.1. Introdução.....	13
----------------------	----

## CAPÍTULO 2 – Revisão da Literatura

I - A intervenção Precoce.....	17
1.1. Definição de Intervenção Precoce.....	17
1.2. Porquê intervir precocemente.....	21
1.3. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) .....	24
II - O Transtorno do Espectro do Autismo.....	26
2.1. Contextualização Histórica.....	26
2.2. Definição e Conceito.....	31
2.3. Características Gerais.....	34
III - A intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo.....	39
3.1. Importância de uma intervenção precoce no Transtorno do Espectro do Autismo...39	
3.2. Sinais de alerta.....	42
3.3. Diagnóstico.....	46
3.3.1. Critérios de Diagnóstico segundo o DSM-V.....	47
3.3.2. Instrumentos de Diagnóstico para idades precoces.....	48
3.4. Intervenção .....	50

## CAPÍTULO 3 – Metodologia de Intervenção

I - Introdução.....	54
II - Aspetos Metodológicos .....	56
2.1. Pertinência do estudo.....	56
2.2. Questões da investigação.....	56
2.3. Objetivos do estudo.....	59

2.4. Metodologia.....	60
2.5. Participantes.....	61
2.5.1. População e amostra.....	61
2.6. Método de recolha de dados.....	62
2.7. Construção do questionário.....	64
III – Cronograma.....	66
IV – Apresentação dos resultados.....	68
V – Discussão dos resultados.....	84
Conclusão.....	91
Referências Bibliográficas.....	93
Apêndice.....	100
Anexo.....	105

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Grupos em que se encontram cada um dos sujeitos inquiridos.....	69
Gráfico 2 – Género.....	70
Gráfico 3 – Escalões etários.....	70
Gráfico 4 – Anos de Experiência no Ensino.....	71
Gráfico 5 – Áreas de Formação Académica (Especialização).....	72
Gráfico 6 – Anos de experiência na Intervenção Precoce .....	72
Gráfico 7 – Instrumentos utilizados para avaliar crianças em idades precoces com TEA..	73
Gráfico 8 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior..	74
Gráfico 9 – Sinais que apontem para um possível TEA.....	75
Gráfico 10 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior..	76
Gráfico 11 – Métodos mais adequados para a Intervenção Precoce no TEA.....	76
Gráfico 12 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior..	77
Gráfico 13 – PECS.....	77
Gráfico 14 – Estratégias adequadas para utilizar junto de crianças com TEA.....	78
Gráfico 15 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior..	79
Gráfico 16 – Grau de preparação sentido pelos professores de Educação Especial depois de terminadas a formação, para intervir precocemente com crianças com TEA.....	79
Gráfico 17 – Graus de relevância de cada vertente para o conhecimento acerca do TEA..	80
Gráfico 18 – Número de respostas dadas relativamente à questão anterior – vertente académica versus vertente prática.....	81
Gráfico 19 – Opinião dos Professores de Educação Especial acerca do nível de preparação dos mesmos, para uma intervenção precoce no TEA.....	81

Gráfico 20 – Razões, segundo a opinião dos inquiridos, que consideram contribuir mais para a falta de preparação dos Professores de Educação Especial para intervir precocemente no TEA.....	82
Gráfico 21 – Opinião dos inquiridos sobre a importância de uma vertente mais prática aquando da sua formação .....	83
Gráfico A - Sinais que apontem para um possível TEA.....	85
Gráfico B – Número de respostas corretas e incorretas face ao gráfico anterior.....	86
Gráfico C – Vertente Académica vs Vertente Prática.....	87

## **Capítulo I**

## **1.1. – Introdução**

O Transtorno do Espectro do Autismo, apesar de vir a ser estudado há algum tempo, é ainda um distúrbio no qual existem ainda inúmeras questões sem resposta, muito por investigar, precisamente por ser um campo demasiado abrangente, complexo e com uma multiplicidade de variações dentro do espectro. É cada vez mais consensual e, quanto mais as pesquisas avançam neste sentido, mais se vai confirmando que quanto mais cedo for iniciada a intervenção no transtorno do espectro do autismo, mais fácil será evitar a cristalização e agudização dos problemas, bem como possíveis aparecimentos de efeitos secundários.

A eleição da temática para o presente projeto de investigação, teve por base o interesse pessoal e profissional pela área do Transtorno do Espectro do Autismo, que ficou ainda mais aguçado depois de dois anos de trabalho com crianças com este tipo de perturbação numa Unidade de Ensino Estruturado; através desta experiência foi-me possível ter uma noção mais clara acerca da vastidão que este espectro apresenta, nomeadamente no que diz respeito à sua complexidade, desafios, incertezas, falta de esclarecimento relativamente a estratégias de intervenção, e falta de conhecimento acerca do mesmo, o que leva a uma grande falta de esclarecimento.

Desta forma, com este estudo, pretende-se contribuir para uma área em expansão, que necessita de uma estruturação maior, de forma a promover o desenvolvimento e os benefícios que uma estimulação precoce voltada para a maximização de todas as potencialidades destas crianças proporciona. As crianças diagnosticadas ou sinalizadas com TEA, com idades inferiores aos 6 anos apresentam características e necessidades específicas, daí que o papel dos professores de educação especial deva estar em concordância com essas mesmas necessidades. Para tal é necessário, por exemplo, que estes estejam familiarizados com os sinais que possam indicar um possível TEA, para que desta forma estejam mais atentos, e possam ir de encontro às necessidades das crianças, intervindo assim da melhor forma, atuando-se de imediato perante este transtorno.

Assim sendo, os Professores de Educação Especial têm um papel importante neste processo e o dever de estarem atentos a indicadores, que possam surgir, de um possível

Transtorno do Espectro do Autismo, de forma a que possam intervir adequadamente junto destas crianças.

Mas, a questão que se levanta é a seguinte: estarão os professores de Educação Especial, preparados para intervir precocemente no Transtorno do Espectro do Autismo? Esta é a problemática que se coloca no presente trabalho, e deste problema surgem várias hipóteses, passando-se de seguida a referir, como amostra, apenas duas delas: Os professores de Educação Especial: Domínio Intervenção Precoce, sentem-se mais preparados para intervir precocemente no Transtorno do Espectro do Autismo, do que os professores de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, que se encontram a trabalhar atualmente na Intervenção Precoce; Na opinião dos professores de Educação Especial, a vertente académica tem mais influência na eficácia e qualidade da intervenção precoce do que a vertente prática. Tentar responder a estas questões é o objetivo deste estudo. Neste sentido houve a necessidade de se fazer uma pesquisa teórica sobre o tema Intervenção Precoce, Transtornos do Espectro do Autismo, e por conseguinte, sobre Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo.

Assim, o trabalho de investigação que de seguida se apresenta, está organizado em seis capítulos que com o decorrer da explanação do mesmo se vão complementando.

No segundo capítulo aborda-se a revisão da literatura, a qual se inicia com uma breve abordagem acerca da Intervenção Precoce, definindo-se e justificando-se a importância da mesma, bem como uma breve referência acerca do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e do Plano Individual de Intervenção Precoce. De seguida aborda-se o Transtorno do Espectro do Autismo, começando-se por fazer um breve contextualização histórica, partindo-se depois para a sua definição e respetivo conceito, passando ainda por uma exposição das características gerais do mesmo. Ainda dentro do mesmo capítulo continuar-se-á a abordar as mesmas duas temáticas principais, ou seja intervenção precoce e transtorno do espectro do autismo, mas desta vez fazendo uma fusão entre os dois, focando-nos assim então na intervenção precoce, agora por sua vez direcionada ao Transtorno do Espectro do Autismo; expomos a importância de uma intervenção precoce neste espectro, respetivos sinais de alerta, passando ainda pelo diagnóstico e posterior intervenção.



O terceiro capítulo apresenta-nos a metodologia de investigação, onde estão descritas todas as etapas atravessadas, a problemática em estudo seguida das hipóteses e respetivas variáveis, instrumentos e dados que ajudaram e permitiram chegar a algumas conclusões relativamente ao tema em estudo.

No quarto capítulo procede-se à apresentação dos resultados, que serão analisados, interpretados e discutidos no capítulo quinto.

Em jeito de conclusão, o presente trabalho de investigação termina com uma pequena reflexão sobre o estudo realizado, que será a súmula deste trabalho.

## **Capítulo II**

### **Revisão da Literatura**

## **1. A Intervenção Precoce**

### **1.1. - Definição de Intervenção Precoce**

A Intervenção precoce surge nos anos 60, inicialmente muito vocacionada para o apoio a crianças socialmente desfavorecidas, e no qual teve particular importância o programa *Head Start* que:

*“ (...) enfatizou o desenvolvimento de um sistema multidimensional e abrangente de educação compensatória, serviços de saúde, nutrição, serviços sociais e envolvimento familiar, que visava minorar os riscos de desenvolvimento de crianças pobres em idade pré-escolar.”* (Zigler e Valentine, 1979, cit. in Correia e Serrano, 2002: 16).

Pode-se então definir a intervenção precoce, segundo Dunst e Bruder (2002) como:

*“(...) o conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder, quer às necessidades específicas de cada criança, quer às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança. Assim, intervenção precoce inclui todo o tipo de atividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem.”* (cit. in Pimentel, 2004: 43).

E, uma definição ainda mais atual, segundo a equipa local de intervenção do alto Tâmega e Barroso Chaves, pertencente ao SNIPI (2013: 19):

*“Intervir precocemente é estar atento a múltiplos fatores que potencialmente podem gerar alterações no desenvolvimento, é prestar atenção aos sinais de alerta, às angústias e apelos trazidos pelos pais, educadores e outros técnicos de forma a minorar e colmatar as situações quotidianas.”*

Portanto, pode-se dizer que a intervenção precoce consiste na prestação, por parte de uma equipa multidisciplinar de serviços que são dirigidos à criança e à família, com o objetivo de reduzir ao máximo os efeitos dos fatores de risco, no desenvolvimento da criança. O principal objetivo é então, minimizar os fatores que potencialmente viriam a dificultar o desenvolvimento da criança, através de uma intervenção atempada, e

principalmente antes de interferirem de uma forma significativa na vida da criança, e consequentemente, na da sua família.

Hoje a intervenção precoce é encarada como um conjunto de serviços e apoios, que podem ser prestados em diferentes contextos, e que se desenvolvem com base numa relação de parceria com a família, com o objetivo de promover o desenvolvimento das crianças, em idades precoces, com deficiências ou incapacidade, atraso de desenvolvimento ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, e de melhorar a sua qualidade de vida, assim como a das suas famílias (Tegethof, 2007).

Segundo Alves (2009), nos últimos anos tem-se vindo a assistir a uma mudança na forma como a sociedade encara a Intervenção Precoce na Infância,

*“Intrinsecamente à evolução da sociedade e ao percurso histórico-social da Educação Especial (EE), vamos assistindo à mudança conceptual da Intervenção Precoce na Infância (IPI) pois vai surgindo consciência do papel que todos temos na prestação de cuidados às crianças de idade precoces, assegurando as suas necessidades educativas especiais (NEE) (...), (Alves, 2009:17).*

Desta forma, a intervenção precoce veio, progressivamente, alargando o seu campo intervindo a uma perspetiva sistémica e ecológica. Assim nas últimas décadas, e em grande parte nos países ocidentais, a intervenção precoce emerge como um serviço prioritário no âmbito da intervenção comunitária. Constitui uma abordagem multidisciplinar em educação especial, para a qual contribuíram

*“ (...) teorias no campo da psicologia do desenvolvimento as quais vieram clarificar a importância quer da interação indivíduo-ambiente na construção do conhecimento e do desenvolvimento global da criança, quer a importância das relações primárias, e igualmente as perspetivas ecológicas e sistémica social de Brofenbrenner (1975) e de Hoobs e tal (1984) ”. (Shonkoff e Meisels, 1990; Dunst, 1996; McWilliam, Winton & Crais, 1996, cit. in Correia e Serrano, 2002: 17).*

Assim, os primeiros anos de vida assumem-se como determinantes no desenvolvimento cognitivo e socio emocional dos indivíduos, e incidindo, novamente, na necessidade de salientar o papel fulcral do processo interativo criança-meio envolvente a nível do desenvolvimento e privilegiar práticas que tenham em conta as interações da criança com os prestadores de cuidados e outros com quem tenham oportunidade de interagir nos seus contextos de vida, a intervenção precoce assume um papel crucial de

prevenção no apoio direto às crianças com incapacidades ou em risco, tal como refere Alves (2009):

*“(...)os primeiros anos de vida são determinantes na construção do adulto de «amanhã», a aposta na «prevenção» em idades precoces surge-nos [...] sendo realçada a importância [...] das formas de agir, interagir e reagir, não só em contexto de «prevenção», como em contexto de «remediação».”*

A intervenção deve ser, segundo Cavaco (2009: 199), *“(...) a mais intensiva e precoce possível. Visando reduzir os comportamentos inadaptados destas crianças, promovendo aprendizagens a nível da aquisição da linguagem e outras habilidades sociais como alguns autocuidados”*, caso contrário, quanto maior é o tempo sem a devida estimulação a que uma criança estiver sujeita, tanto maior é a tendência a desenvolver deficiências e a probabilidade de intensificá-las, dando origem a danos duradouros no processo evolutivo (decorrentes de fatores orgânicos ou ambientais) tanto de ordem física como psicológica. *“A evolução que as crianças experimentam desde o nascimento, (incluindo desde a conceção) até aos primeiros anos de vida, não se pode comparar com nenhum outro estágio da vida.”* (Shonkoff, 1990).

A importância da intervenção precoce no desenvolvimento posterior tem sido referida em várias investigações.

*“O principal objetivo dos programas de intervenção precoce é o de atuar aos diferentes níveis de prevenção, no sentido, não só de atenuar as consequências dos casos de risco estabelecido, mas igualmente de tentar evitar que situações de risco biológico e social se consolidem.”* (Bairrão e Chaves, 2002).

Em Portugal, a intervenção precoce destina-se, segundo o Decreto-lei 281/2009, a crianças pré-escolares, dos 0 aos 6 anos, que apresentem alterações no seu desenvolvimento biopsicossocial, ou se encontrem em situações de alto risco para as vir a ter. Em Portugal, segundo o relatório da carta social 2006, a intervenção precoce é uma das respostas sociais com mais evolução desde 1998, obtendo um crescimento de 29,3%. O Despacho Conjunto n.º 891/99, traduz a nossa conceptualização de Intervenção Precoce, englobando nos seus artigos as idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos. Os seus princípios são apontados como indispensáveis quer para a qualidade das práticas, quer para a formação de profissionais na área e referem que os programas de IP devem ser inclusivos, centrados na família, interdisciplinares e prestados de uma forma articulada.

Embora esta conceptualização mais abrangente da intervenção precoce não seja apropriada para todos os autores, parece importante considerá-la, uma vez que os princípios subjacentes às práticas da intervenção precoce são os mesmos para crianças dos 0 aos 6 anos. No grupo dos 0 aos 3 anos, e dada as suas características desenvolvimentais, as modalidades de atendimento podem ser variadas, incluindo diferentes contextos, nomeadamente programas de apoio domiciliário, creches, amas, programas em centros especializados, etc., no grupo dos 3 aos 6 anos, a modalidade de atendimento é geralmente a pré-escola.

Assim, fazendo uma breve síntese, tendo em conta os vários autores, pode-se dizer que a intervenção precoce é um conjunto de estratégias e recursos que se aplicam a crianças com alterações físicas, psíquicas ou sensoriais em situação de risco, e famílias. A IP insere-se numa ação globalizante em que intervêm várias áreas do saber, ao mesmo tempo que se atua em várias áreas do conhecimento, iniciando-se desde o momento da sua deteção, com o objetivo de minimizar problemas de deficiências ou de risco de atraso de desenvolvimento, prevenindo eventuais sequelas e fomentando a inclusão social da família e da criança. Para que este objetivo se concretize, é fundamental o trabalho em equipa, a existência de profissionais capazes de partilhar conhecimentos e experiências entre si e com os pais das crianças.

A intervenção precoce deverá pois proporcionar redes de apoio formal e informais coordenadas, com o objetivo de melhorar o bem-estar da unidade familiar, nuclear e alargada, promovendo o desenvolvimento da criança, respondendo às preocupações e necessidades da família, através de um processo de capacitação e fortalecimento progressivo com vista à sua melhor adaptação e inserção social. É importante que os técnicos de IP estejam preparados para ajudar os pais a restabelecer o equilíbrio emocional e funcional da família, no sentido de a tornar mais autónoma.

## 1.2. – Porquê intervir precocemente?

*“Intervir precocemente é estar atento a múltiplos fatores que potencialmente podem gerar alterações no desenvolvimento, é prestar atenção aos sinais de alerta, às angústias e apelos trazidos pelos pais, educadores e outros técnicos de forma a minorar e colmatar as situações quotidianas (...). Deve-se intervir o mais cedo possível de forma a otimizar o potencial evolutivo da criança de forma a favorecer o seu desenvolvimento global tendo em conta que os padrões iniciais de aprendizagem e comportamento determinantes do processo de desenvolvimento se estabelecem nos primeiros anos de vida.”* (Correia, Álvares e Abel, 2003: 19)

Assim, surge a necessidade de intervir precocemente com crianças que apresentam problemas de desenvolvimento ou em situação de risco biológico e/ou ambiental, assim como junto das suas famílias. A maior parte dos autores concorda que os primeiros anos de vida constituem uma oportunidade única para influenciar o desenvolvimento da criança e dar apoio às famílias, uma oportunidade que poderá muito bem maximizar os benefícios a longo termo para estas mesmas crianças e famílias. É também aparente uma forte filosofia preventiva, na qual o objetivo da intervenção é prevenir ou minimizar os problemas desenvolvimentais para as crianças em risco, como resultado de fatores biológicos ou ambientais.

Após vários anos de investigação, segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2008), há evidência, quer quantitativa, quer qualitativa, de que a IP não só acelera o desenvolvimento da criança, mas também melhora o funcionamento da família e reduz os gastos da sociedade com educação especial e outros serviços reabilitativos.

É ainda relevante refletir sobre a necessidade da intervenção ser orientada não só para a prevenção e redução dos fatores de risco mas também para a promoção e otimização de fatores de oportunidade. A intervenção precoce envolve uma grande diversidade de serviços e de atividades a nível social, médico e pedagógico, que através do desenvolvimento de projetos e de programas adequados às necessidades especiais das crianças abrangidas, minimizam a sua problemática com o objetivo de as conduzirem a uma aproximação o mais possível da normalidade.

A intervenção precoce é fundamental para o desenvolvimento dos comportamentos subsequentes mais complexos e tanto mais eficaz quanto mais cedo for iniciada. Segundo as ideias de Dias (1997), quanto mais cedo se atuar, mais cedo se ultrapassaram dificuldades de desenvolvimento, suprimindo ou atenuando de modo mais afetivo, falhas de aquisição e desempenho. Em muitos casos, a detecção da problemática de uma criança pode fazer-se no momento do nascimento ou nos primeiros anos de vida.

*“(...) só há verdadeira precocidade nas intervenções quando estas se realizam imediatamente a seguir ao nascimento ou ao aparecimento das lesões, isto é, no primeiro dia de vida, ou imediatamente após a manifestação de doenças que conduzam a situações de deficiência, a desastres ou outros acidentes (...). (Bach, 1983).*

É portanto indispensável que nos ocupemos em definir, no primeiro ano de vida, uma educação precoce diferenciada, a par da terapêutica médica, e realizá-lo no sentido de uma estimulação complexa dos processos de aprendizagem no âmbito sensorial, motor, da fala, emocional e social.

Atendendo a que o primeiro ano de vida é considerado como um período particularmente sensível, período crítico, e que fornecem a elaboração e estruturação de toda a personalidade do indivíduo, durante o qual as experiências do mundo exterior têm efeito crucial sobre o desenvolvimento da criança, dada sua grande plasticidade, o organismo é também mais sensível à influência do exterior e consequentemente à influência da intervenção precoce. Laznik (2004) vai de encontro ao mesmo pensamento/corroborar a mesma teoria, ao referir-se à:

*“(...)plasticidade neuronal como o que confere a possibilidade de fazer suplências, considerando a idade da intervenção um dado central, para que se possam instaurar as estruturas que suportam o funcionamento dos processos de pensar inconsciente, antes que uma possível deficiência se instale.”*

Atendendo a que as perspetivas atuais de intervenção precoce refletem um percurso em que as abordagens centradas unicamente na avaliação dos défices das crianças e consequentemente elaboração de atividades que os pudessem colmatar promovendo o seu desenvolvimento, têm vindo a dar lugar a abordagens alargadas acerca dos fatores que influenciam o desenvolvimento, a intervenção deve ser desenvolvida em contextos naturais de vida da criança, como sejam a família e a creche ou jardim-de-infância.



Segundo Boavista (1995), a necessidade de intervir precocemente nas crianças com problemas do seu desenvolvimento ou com fatores de risco, é hoje um dado adquirido.

Algumas razões, segundo o mesmo autor, que justificam a implementação de programas de I.P. são:

- É nos primeiros anos de vida que se estabelecem os padrões iniciais de aprendizagem e comportamento, que vão determinar o desenvolvimento posterior. As primeiras experiências são a matriz primária a partir do qual todo o desenvolvimento se vai gerar;

- As capacidades humanas e a inteligência não são fixas ao nascimento, mas são moldados até certo ponto por fatores ambientais;

- O ambiente e as primeiras experiências, particularmente na medida em que são ou não estimulantes têm um efeito importante na capacidade da criança atingir o seu potencial;

- A investigação sugere a existência de períodos críticos em que o desenvolvimento ocorre mais rapidamente. Nestes períodos há uma maior suscetibilidade e vulnerabilidade ao efeito das experiências no desenvolvimento e também pela mesma razão ao efeito da sua privação;

- As deficiências e outros fatores de risco podem interferir com o desenvolvimento de tal forma que um problema original não incapacitante por si só pode dar origem a deficiências secundárias muito mais graves;

- Os pais de crianças com problemas necessitam de ajuda especial para estabelecer padrões adequados de interação com os filhos e para lhes prestarem os cuidados e estimulação adequada.

### **1.3. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)**

O Despacho Conjunto nº 281/2009, de 6 de Outubro, teve como objetivo a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI funciona através do trabalho conjunto entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, juntamente com o envolvimento das famílias e da comunidade. Tem como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), ou seja, passando por um conjunto de medidas de apoio centrado na criança e na família, que inclui ações de cariz preventivo e reabilitativo, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância)

Segundo o que consta no Decreto –Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro os seus objetivos passam por, assegurar às crianças a proteção dos seus direitos bem como o desenvolvimento das suas capacidades, detetar e sinalizar todas as crianças com necessidades de IP, intervir junto das crianças e famílias de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento, dar apoio às famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, de saúde e de educação, e envolver a comunidade através da criação de mecanismos de suporte social. *“Assim, o sistema de intervenção precoce deve assentar na universalidade do acesso, na responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta”.* (Decreto –Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro)

As equipas locais multidisciplinares, após a identificação e sinalização da criança, elaboram um plano de intervenção tendo em conta as necessidades da mesma e respetiva família. Este plano individual deve orientar as famílias, tendo em conta não só a problemática mas também o potencial desenvolvimento da criança e as alterações no meio ambiente necessárias para que tal potencial se possa afirmar. Então, o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), *“(...) consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições.”* (Decreto –Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro)

O PIIP é elaborado em função do diagnóstico da situação, envolve a avaliação da criança nos seus contextos e define as medidas e ações a aplicar. Este documento deve funcionar como um instrumento de organização para as famílias e para os profissionais envolvidos, contendo toda a informação recolhida, aspetos da intervenção registados, processo que conduz à sua implementação, os objetivos específicos para a criança e para a família, os critérios, os métodos e o intervalo de tempo para atingir os objetivos da intervenção, quais os serviços que serão necessários envolver, bem como identificado o gestor de caso (elemento responsável pela implementação do PIIP). (Meisels e Shonkoff, 2000)

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), reforça ainda que:

*“(...) quanto mais precocemente forem accionadas as intervenções e as políticas que afectam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social, e mais longe se pode ir na correcção das limitações funcionais de origem” (p.7298).*

## **2. – Transtorno do Espectro do Autismo**

### **2.1. Contextualização Histórica**

O termo autismo foi usado pela primeira vez por Bleuler (1908), um psiquiatra suíço, que remetia para uma descrição do isolamento social de adultos, vítimas de esquizofrenia. Mas a história do Autismo remonta aos finais do século XVIII, inícios do século XIX, quando Itard descreveu Victor, o rapaz selvagem de Aveyron, que segundo as características enumeradas se enquadraria na Perturbação Autista (PA) de Leo Kanner, do qual se falará em seguida (Leboyer, 1987; Marques, 2000). Apesar de que, *“Não é credível, contudo, que o autismo tenha surgido só pela altura em que estes relatos foram feitos, e, seguramente, a sua origem perde-se na nebulosa dos tempos que precederam o relato escrito.”* (Filipe, 2012: 19)

Então, quem definiu pela primeira vez o conceito de autismo foi o psiquiatra Leo Kanner, em 1943, que concebeu o autismo como um distúrbio do contato afetivo, acarretando um isolamento social. Leo Kanner encontrou, num grupo de crianças um padrão comum de condutas patológicas, sendo o principal distúrbio a incapacidade para estabelecer relações interpessoais, a falta de interesse em querer relacionar-se com o mundo, pareciam viver num mundo próprio. Este facto levou a que Kanner considera-se haver uma perturbação inata do contacto afetivo, vincando fatores orgânicos e ambientais e denominou esta perturbação de Autismo, terminologia que tem origem da palavra grega *Autos* que significa Próprio ou Eu e *Ismo* que indica uma Orientação (Frith, 1989; Marques, 2000), ou seja, orientado para si próprio.

Seguindo-se de Hans Asperger, que definiu o autismo um ano após Kanner; a definição de Autismo de Asperger é mais abrangente do que a de Kanner, pois os seus estudos envolviam indivíduos com patologia orgânica severa e outros que se aproximavam da normalidade (Brandão, 2006).

Um facto interessante, que importa salientar foi a curiosa sintonia que se estabeleceu entre as conclusões dos dois:

*“(...) ambos os autores sugeriram independentemente, que há uma perturbação do contacto de natureza sócio-afectiva; ambos enfatizaram aspectos particulares e dificuldades nos desenvolvimentos e adaptações sociais, e ambos prestaram uma atenção especial aos movimentos repetitivos, e a aspectos por vezes surpreendentes, do desempenho e funcionamento intelectual ou cognitiva” (Pereira, 1998: 97),*

que mesmo sem terem conhecimento do trabalho um do outro. Definiram então o espectro do autismo dando realce às dificuldades de comunicação e de adaptação social, aos movimentos estereotipados e repetitivos e ao bom potencial intelectual em áreas restritas. As duas teorias continham descrições detalhadas de casos que refletem os primeiros esforços teóricos para explicar as alterações comportamentais.

Foi então, esse conjunto de comportamentos, e a perturbação que lhes dava origem, que veio a ser conhecida como Síndrome do Autismo, denominação que destacava um dos aspetos mais importantes: o enclausuramento. Esta foi a característica que, tanto Kanner como Asperger, quiseram realçar, mostrando as dificuldades que a criança apresenta no que diz respeito à entrega e participação social. (Pereira, 1996) Kanner e Asperger acreditavam que o isolamento social, presente nestas crianças, era inato ou constitucional, continuando durante toda a adolescência e idade adulta.

No entanto Kanner apontou para um quadro mais fechado de afastamento social como característica essencial, enquanto Asperger parecia ter visto algumas potencialidades naquelas crianças, determinadas características positivas, “ *uma originalidade particular de pensamentos e experiências, que pode conduzir a efeitos excepcionais numa idade avançada*” (Sacks, 1995: 294).

Apesar de ambos terem chegado a conclusão bastantes semelhantes, praticamente no mesmo período de tempo, foram conhecidos em tempos distintos, pois o trabalho de Kanner foi de imediato divulgado na revista *Nervous Child*, intitulado *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Frith, 1989), enquanto o trabalho de Asperger só foi conhecido depois dos anos 80 por ter publicado o seu artigo *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter* durante a Segunda Guerra Mundial (Happé, 1994).

Na década seguinte, com a definição do autismo infantil de Kanner, vários psicanalistas começaram a desenvolver as ideias Kleinianas e Freudianas numa tentativa de análise de crianças que apresentavam essa mesma patologia (Tafuri, 2003). E, segundo Siegel, “*nos últimos cerca de 50 anos, uma considerável parte da investigação científica e dos estudos clínicos realizados resultou das observações originais de Kanner.*”(2008: 26)

Em 1967, o termo autismo surge na 8ª edição da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (WHO) classificado como um estado de patologia infantil, classificada como um tipo de esquizofrenia, uma psicose da infância, onde existia uma descrição da “doença”, mas sem critérios de diagnóstico que a delimitassem.

No início da década 70, Tustin acreditava que as crianças com autismo não respondiam ao mundo que as rodeava ou reagiam pouco a este, dizendo na altura que estas crianças viviam em torno do próprio eu (self).

A confirmação científica do Autismo dá-se apenas em 1972 por Michael Rutter, quando a define como sendo uma perturbação distinta com validade clínica enquanto síndrome; em 1978, desenvolve o primeiro modelo importante para o diagnóstico, baseado no aparecimento de sintomas antes dos trinta e seis meses: resistência à mudança, movimentos estereotipados e perturbação na interação e comunicação não apenas pela deficiência mental associada, mas por outros défices.

E em 1977, com a publicação da CID-9 *“o autismo foi classificado como uma psicose com origem específica na infância juntamente com a psicose desintegrativa”* (Fávero e Vieira, 2007: 241).

Mais tarde, Michael Rutter, após uma grande investigação, propôs que o autismo passa-se a ser classificado como um transtorno de desenvolvimento, e não como uma psicose, e definiu-o então como sendo uma perturbação distinta com validade clínica enquanto síndrome, tendo juntando o diagnóstico aos fenómenos, reduzindo assim a possibilidade de uma definição conceitual (Fávero e Vieira, 2007). Em 1978 desenvolve o primeiro modelo importante para o diagnóstico, baseado no aparecimento de sintomas antes dos trinta e seis meses: resistência à mudança, movimentos estereotipados e perturbação na interação e comunicação não apenas pela deficiência mental associada, mas por outros défices; passa então a haver distinção entre critérios de diagnóstico das perturbações psiquiátricas adultas, seguidos até então, e de autismo. E apenas em 1980, aquando da 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais - DSM III, foi sugerida a enumeração de critérios para o diagnóstico do autismo, quando foi inserida uma nova categoria denominada de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Em 1979, Lorna Wing e Judith Gould, definiram a “Tríade de Incapacidades Sociais” do autista, especialmente no domínio da interação social, da comunicação verbal e

não-verbal e no domínio das atividades lúdicas e imaginativas, pois concluíram que todas as crianças que tinham feito parte dos seus estudos, tinham em comum *“uma incapacidade fundamental para se relacionarem com os outros, incapacidade para usarem a linguagem enquanto veículo de significados e um desejo obsessivo de imutabilidade, de manutenção do mesmo estado de coisas.”* (Ozonoff et al, 2003: 26).

Lorna Wing e Judith Gould, descreveram também que esta tríade pode ocorrer por si só ou acompanhada de outras características, desde uma incapacidade de aprendizagem profunda, média ou mesmo capacidades cognitivas superiores. Portanto, esta tríade tornou-se o núcleo central da patologia, e foi apelidada de *“Tríade de Lorna Wing”*. Em 1988, Wing identificou a existência de vários sintomas comuns a este distúrbio, assim como o facto de que esta patologia pode variar bastante, e assim propôs a introdução do conceito de Espectro do Autismo, tornando-se assim evidente a presença de outras variantes ao *“Autismo Clássico”* ou *“Autismo de Kanner”*.

Segundo Fávero e Vieira (2007) a definição de autismo propiciou a criação de instrumentos para a sua avaliação, e hoje em dia existem tabelas de observação, entrevistas diagnósticas, escalas de avaliação entre outros. Referem ainda que, apesar da quantidade de instrumentos criados para um melhor conhecimento do autismo, estes não obtiveram o avanço esperado.

Entretanto, em 1987, o autismo é identificado no DSM-III-R, como sendo uma Desordem Autística, que se incluía nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, surge aqui também a classificação de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento de Etiologia não Especificada.

Mais tarde, na publicação do DSM-IV-R (1994: 66), depois de feita a quarta revisão, no capítulo sobre o autismo poder-se-ia ler o seguinte:

*“As Perturbações do Espectro do Autismo envolvem limitações das relações sociais, da comunicação verbal e não-verbal e da variedade dos interesses e comportamentos. Existem cinco diagnósticos específicos do Espectro do Autismo. Estas incluem a perturbação autística, a perturbação de Asperger, a perturbação de Rett, a perturbação desintegrativa da segunda infância e a perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação.”*

Em Maio de 2013, é publicada a quinta versão do DSM. As duas principais mudanças que se pode encontrar nesta mais recente versão são, em vez de existirem três critérios para efetuar o diagnóstico, passam apenas a existir dois, uma vez que dois deles

foram agrupados; e o facto das categorias Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, terem deixado de existir, passando todas elas, exceto o Síndrome de Rett que se tornou uma entidade própria, a fazer parte de um mesmo transtorno, uma única denominação: Transtorno do Espectro do Autismo,

*“Autism spectrum disorder encompasses disorders previously referred to as early infantile autism, childhood autism, Kanner's autism, high-functioning autism, atypical autism, pervasive developmental disorder not otherwise specified, childhood disintegrative disorder, and Asperger's disorder” (DSM-V, 2013: 53)*



## 2.2. Definição e Conceito:

Existem inúmeras definições de Transtorno do Espectro do Autismo, mas é muito difícil encontrar-se definições que estejam em concordância, que sejam coerentes entre elas; encontram-se variadas definições, que vão de encontro a: problemas neurológicos, genéticos, comportamentais, psicológicos, biológico, neuropsiquiátricos, deficiências de desenvolvimento, transtornos mentais, alterações cerebrais, etc.

Atendendo a este facto optou-se por utilizar 4 definições, a que consta na Classificação Internacional de Doenças Mentais – CID 10, a da Autism Society of America, e outras duas de dois autores relativamente recentes, Siegel (2008), e Filipe (2012). Então, na décima revisão da CID (1992: f84), podemos encontrar a seguinte definição sobre o autismo:

*“Um transtorno invasivo do desenvolvimento, definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometimento que se manifesta antes da idade dos 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as áreas: de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo.”*

Segundo a Autism Society of America:

*“Autism spectrum disorder is a complex developmental disability that typically appears during the first three years of life and affects a person's ability to communicate and interact with others. Autism is defined by a certain set of behaviors and is a “spectrum disorder” that affects individuals differently and to varying degrees”.*

E ainda, a definição segundo Siegel (2008: 21):

*“O autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta múltiplos aspectos da forma como uma criança vê o mundo e aprende a partir das suas próprias experiências. As crianças com autismo não denotam o interesse habitual na interação social. A atenção e a aprovação dos outros não têm a importância que habitualmente assumem para as crianças em geral. O autismo não resulta numa absoluta ausência de desejo de pertença, mas antes na relativização desse desejo”.*

E por último a definição segundo Filipe (2012: 22): *“(...) o autismo é uma perturbação do desenvolvimento do sistema nervoso central, muito seguramente de origem pré-natal”.*

O termo autismo tem origem do grego, da palavra *autos*, que significa condição de alguém que parece estar absorto em si próprio, ou seja, que apresenta dificuldade em estabelecer e manter contacto afetivo com os outros de forma recíproca e espontânea.

Normalmente as características, sinais que podem alertar para um possível TEA costumam aparecer durante os primeiros três anos da infância, (Siegel, 2008). *“O autismo é inicialmente diagnosticado no início da infância (...); Caracteriza-se por irregularidades do desenvolvimento que variam durante toda a vida do sujeito.”* (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 79)

Até aos dias de hoje ainda não foi encontrada cura nem solução definitiva para este tipo de transtorno, mas sabe-se que os tratamentos e métodos existentes ajudam significativamente no desenvolvimento destas crianças, ajudando igualmente a minimizar os comportamentos que são considerados inadequados.

Conforme as estatísticas, segundo a Autism Speaks (2014), pode-se verificar que hoje em dia a prevalência do TEA é de 1 em 68 crianças, número que tem vindo a crescer significativamente. E sabe-se também que este transtorno *“afeta quatro vezes mais meninos do que meninas”* (Weaver, 2011).

Relativamente à comorbidade no TEA, Lima (2012: 23) refere que:

*“A Perturbação do Espectro do Autismo está associada a várias patologias que agravam o quadro existente. As mais relevantes e que determinam negativamente o futuro nível de funcionalidade do sujeito são: Défice Cognitivo,[ “Cerca de 80 por cento das crianças com autismo apresentam igualmente um certo grau de deficiência mental” Siegel, 2008: 24]”, Síndrome do X-Frágil, Perturbação de Hiperatividade com Défice de atenção, Perturbações de sono e Perturbações alimentares.”*

Ozonoff, Rogers e Hendren (2003: 60), ainda acrescentam que:

*“Muitas vezes é incerto se estes sintomas adicionais são distintos ou se fazem parte da perturbação(...), autismo, por si só, provoca uma variedade de défices psicossociais e comportamentos desadequados, além do que a sua presença pode mascarar outros sintomas mentais ou torna-los difíceis de identificar.”* (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 60)

Relativamente à temática da etiologia, tem sido até hoje apresentadas várias propostas para determinar qual a causa da sua origem, no entanto até aos dias que correm não é conhecida nenhuma etiologia específica, talvez porque esta *“(...) é uma questão complexa, controversa e*

*sempre incompleta, quando se entrecruzam aspectos de natureza biológica e psicológica”.* (Pereira, 1998:23) De acordo com a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (2011), a causa continua ainda por se descobrir,

*“No entanto, e apesar de diversas teorias que colocam hipóteses explicativas, há um consenso generalizado na comunidade científica de que se trata de uma perturbação neurodesenvolvimental em que haverá uma predisposição ou determinação genética associada.”* (APPDA Norte, 2011)

Para Ozonoff, Rogers e Hendren (2003: 133), as etiologias são variadas e não apenas uma única:

*“Assumimos que o autismo é uma síndrome com muitas etiologias. (...) Esta ausência de uma etiologia única impele o médico a iniciar uma avaliação neurológica e genética após ter feito o diagnóstico de uma perturbação do espectro do autismo.”*

O autismo pode apresentar-se com maior ou menor intensidade, os graus variam de moderado a severo. As crianças com TEA severo podem por exemplo apresentar mutismo, e um comportamento extremamente repetitivo, disruptivos e agressivo; e nos casos mais moderados as crianças podem um alto nível de inteligência, apresentarem capacidades mais funcionais, mas ainda apresentando dificuldade nas interações sociais. A maioria das pessoas com autismo encontra-se em algum lugar entre esses dois extremos.

Como já foi mencionado anteriormente, as crianças com TEA apresentam as suas principais dificuldades e limitações nas três seguintes áreas: comportamental, interação social e comunicação. Observando então perturbações no ritmo de desenvolvimento das habilidades físicas, sociais e linguísticas, bem como nas reações às diferentes sensações. Estas crianças têm uma grande tendência para o isolamento social e para insistência na repetição, apresentando uma profunda falha ao nível do contacto afetivo com outras pessoas, desde o início da vida, e um desejo obsessivo pela preservação do mesmo estado das coisas; têm também dificuldade, ou mesmo incapacidade para se comunicarem, quer da forma verbal ou não-verbal.

### 2.3. Características Gerais:

Segundo a 5ª revisão do DSM, *“The essential features of autism spectrum disorder are persistent impairment in reciprocal social communication and social interaction (...), and restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities (...).”* (2013:53)

Utilizando assim como base estrutural estas duas características essenciais do Transtorno do Espectro do Autismo, passamos de seguida a abordar mais detalhadamente cada uma delas.

Uma das características assenta nos défices significativos e persistentes relativamente à **interação social** e **comunicação social** em vários contextos. Para serem apresentados de uma forma mais clara optou-se por descrevê-los separadamente, começando-se então pela interação social: *“A relação social é, por norma, restrita, se não existente”* (Lima, 2012: 72). Estas crianças apresentam uma grande dificuldade na relação com o outro, demonstram falta de empatia social e emocional, Siegel (2008: 45), afirma mesmo que: *“(...) às crianças com autismo falta um sentido de partilha social.”* O isolamento social é típico nestas crianças: *“As crianças com autismo são peritas em isolarem-se, mesmo numa sala cheia de gente.”* (Siegel, 2008: 42), parecem como que indiferentes às pessoas que os rodeiam, e a maioria delas prefere estar sozinhas, raramente procurando o conforto dos pais, apresentando também frequentemente resistência ao toque ou ao abraço.

É bastante comum observar, em grande parte das suas tentativas de estabelecer relação com o outro, uma relação meramente “instrumental”, diferente da relação que estamos habituados a verificar nas crianças neurotípicas, tal como refere Siegel (2008: 43): *“Uma dessas diferenças reside no facto de essa relação tender a ser instrumental, em vez de ser mais expressiva”*. Ou seja, e ainda segundo a mesma autora: *“quando uma criança se envolve numa interação essencialmente para obter algo que pretende, tal é definido como um estilo de relacionamento instrumental.”* (Siegel: 43)

Verifica-se também que estas crianças *“(...) carecem de uma Teoria da mente, expressão utilizada para nomear a habilidade automática e espontânea de se atribuir estados mentais a si mesmo e a outras pessoas a fim de se poder predizer e explicar*

*comportamentos*”(Tonelli, 2011), logo não tem a capacidade de compreender que cada indivíduo tem os próprios pensamentos e pontos de vista, e consequentemente, não estão aptos a entender crenças, emoções e atitudes alheias. Portanto, este déficit na reciprocidade sócio emocional traduz-se na falta de “(...)the ability to engage with others and share thoughts and feelings.” (DSM-V, 2013: 53)

A indiferença em partilhar atividades e interesses com outras pessoas também é uma característica que se destaca. “A criança com autismo sente-se suficientemente satisfeita por se satisfazer a si mesma e tem pouca ou nenhuma necessidade de satisfazer os outros.” (Siegel, 2008: 45) Tem dificuldade em participar em atividades de grupo, demonstra indiferença afetiva e demonstrações inapropriadas de afeto.

Outra característica marcante das crianças com TEA é o pobre ou inexistente contato visual: “Nestas pessoas o contacto ocular é habitualmente fugaz, ou mesmo inexistente”. (Filipe, 2012: 71)

Nestas crianças a imitação, que é um dos pré-requisitos cruciais para a aprendizagem, é pobre, ou mesmo inexistente. “ (...) a criança com autismo normalmente não desenvolve comportamentos imitativos básicos(...). O desejo de copiar as acções do outro parece estar ausente (...).” (Siegel, 2008: 56) E, por vezes, quando esta se observa é notório que é algo que a criança aprendeu, mas efetivamente não compreende, tal como nos diz Pontes (s.d.) “Pode haver imitação mecânica sem compreensão do significado”.

Relativamente à comunicação social pode-se verificar que estas crianças apresentam bastantes dificuldades nesta área; esta dificuldade ocorre em diferentes graus: “(...) 40 por cento das crianças com autismo são descritas como remetendo-se ao *mutismo*” (Siegel, 2008: 73), seletivo ou não, outras apresentam linguagem imatura caracterizada por jargão: “(...) palavras ou sons com sentido comunicativo, os quais são compreendidas pelas próprias e prestadores de cuidados que lhe são familiares” (Siegel, 2008: 73), ecolalia diferida ou indeferida, inversão pronominal, prosódia anormal, entoação monotónica, tonalidade da linguagem verbal etc. E as crianças que têm linguagem expressiva podem demonstrar incapacidade em iniciar ou manter uma conversa, sendo visível falta de reciprocidade, de compreensão de subtilidades de linguagem, piadas ou sarcasmo; Tal como refere Lima (2012: 70):

*“(...) a fala, ainda que formalmente correcta, é frequentemente inadequada, por surgir fora de contexto ou ser demasiado pretenciosa, não atendendo às*

*circunstâncias ou ao tipo de interlocutores, São também comuns alterações de entoação, do volume, do ritmo e da fluência do discurso.”*

Outro ponto em que as crianças com TEA também sentem bastante dificuldade, ou apresentam mesmo ausência, é na compreensão da entoação da voz, leitura de expressões faciais e corporais, e mais uma vez se fundamenta esta afirmação recorrendo à teoria da mente: *“A verdadeira comunicação não-verbal envolve um tipo de leitura da mente – saber que o que está a pensar está, de alguma forma, a ser transmitido a alguém, através das expressões faciais ou dos gestos, e sem o uso de palavras.”* (Siegel, 2008: 65).

Outro fato peculiar, é o de um quarto das crianças com TEA, ainda nos primeiros anos de vida, deixar de fazer progressos na linguagem ou até mesmo perder por completo as aptidões linguísticas que tinha adquirido até então (Siegel, 2008). E, ainda segundo a mesma autora: *“A perda precoce da linguagem, bem como outras regressões desenvolvimentais que a podem acompanhar, permanecem por explicar.”* (2008: 75)

Outra característica comum é não responder ao nome, são tão impassíveis, que na maior parte dos casos o outro pensa que esta sofre de surdez, o que não corresponde à realidade, pois esta é até capaz de ouvir um sussurro proferido à distância. De facto, *“(…) estas crianças apresentam ausência de qualquer intenção de se comunicar com os outros”*. (Pontes, s.d.).

A outra característica assenta nos **padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades**; nas crianças com Transtorno do Espectro do Autismo, é muito comum observarem-se *“Estereotipias motoras e verbais, tais como se balançar, bater palmas repetitivamente, andar em círculos ou repetir determinadas palavras, frases ou canções são também manifestações frequentes em autistas”*. (Gadia et.al, 2004: s84). Estes comportamentos podem ser bastante evidentes ou mais subtis, e costumam ocorrer maioritariamente nas crianças que têm um funcionamento global mais baixo, e representam uma autoestimulação cinestésica do tipo tátil, visual e auditivo.

Para além das estereotipias motoras apresentam também *“(…) padrões repetitivos e estereotipados de comportamento característicos do autismo que incluem resistência a mudanças, insistência em determinadas rotinas, apego excessivo a objectos e fascínio com o movimento de peças.”* (Gadia et.al, 2004: s84). Entre alguns dos fascínios que

caracterizam este espectro, pode-se dizer que o mais comum é pelos movimentos giratórios, sendo típico ficarem durante horas a contemplá-los.

Apresentam interesses restritos, focando todo o seu interesse apenas em uma determinada área ou objeto, estabelecendo por vezes ligações bizarras com os mesmos, brincando de forma invulgar, repetitiva, desprovida de imaginação e criatividade, sem presença de jogo imaginativo, fora do contexto habitual, e de uma forma não funcional. “ (...) *Por vezes, manifestam interesse muito especial por determinados assuntos, a que se dedicam de forma exagerada e obsessiva, colecionando e sistematizando objectos ou informações em actividades solitárias.*” (Lima, 2012: 75). Há uma tendência, para além de com frequência, ficarem exageradamente apegados a um objeto particular (muitas vezes incomuns), explorar os objetos e brinquedos de forma peculiar, mecânica e repetitiva, e embora por vezes pareçam brincar, na realidade estão apenas preocupadas em alinhar ou manusear os brinquedos, e não a usá-los para sua finalidade simbólica. Por vezes, este tipo de comportamentos converte-se em preocupações persistentes e intensas.

*“Tipicamente as pessoas com perturbações do espectro do autismo têm comportamentos repetitivos, fixação em rotinas e marcada resistência à mudança”* (Lima, 2012: 75); *“(...) tendem a seguir rotinas, por vezes de forma extremamente rígida, ficando muito perturbadas quando qualquer acontecimento impede ou modifica essas rotinas.”* (Lima, 2012: 76).

É muito característico as crianças diagnosticadas com este espectro apresentarem uma certa rigidez de pensamento e de comportamento, manifestando obsessão por ideias, desejos ou pensamentos, exteriorizando uma necessidade de imutabilidade, e uma baixa capacidade de resistência relativamente à frustração, principalmente quando, como refere Lima, há uma alteração de rotinas; necessitam de consistência absoluta no seu ambiente, têm imensa dificuldade em gerir estas alterações, podendo ser extremamente perturbante, desencadeando em muitos casos até, crises profundas, chegando mesmo ao ponto de auto e heteroagressão, pondo em perigo a si próprio e ao outro. *“Esta necessidade de rotina e de previsibilidade faz com que as crianças tenham dificuldade em adaptar-se a novas situações.”* (Lima, 2012: 5) De acordo com a 5ª revisão da DSM-V

*“Some fascinations and routines may relate to apparent hyper- or hyporeactivity to sensory input, manifested through extreme responses to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, fascination with lights or spinning objects, and sometimes apparent indifference to pain, heat, or cold. Extreme reaction to or rituals involving taste, smell, texture, or appearance of food or excessive food*

*restrictions are common and may be a presenting feature of autism spectrum disorder.” (DSM-V, 2013: 54)*

Pode-se ainda observar, impulsividade, agitação psicomotora, agressividade (auto e hétero), fobias e medo excessivo em situações banais ou perda da noção de perigo, apresentando incapacidade de perceber situações potencialmente perigosas. (Filipe, 2012)



### **3. Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro Do Autismo**

#### **3.1. Importância de uma Intervenção Precoce no TEA**

*O consenso quanto à importância da intervenção precoce em crianças com uma PEA é universal.*” (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 81)

A Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo desempenha então um papel fundamental como forma de prevenção de resultados negativos e na maximização de oportunidades de desenvolvimento para as crianças sinalizadas, ou já diagnosticadas com este espectro. (Siegel, 2008). Com uma intervenção ainda precoce é possível atuar ao nível da transformação das sinapses neuronais, que estão ainda flexíveis, devido à plasticidade neural presente nestas idades (Correia, 2011). Tal como o referiu também o Pediatra Filipe Silva (2014), numa entrevista televisiva, confirmando então que: *“Intervindo precocemente numa fase em que o sistema nervoso é muito mais plástico e muito mais apto à mudança é possível atenuar os sintomas, portanto, conseguir uma melhor evolução para estas crianças.”* Portanto a necessidade de um reconhecimento cada vez mais precoce *“(...) tem sido instigada por estudos que demonstram a grande plasticidade cortical durante o desenvolvimento precoce, e os melhores resultados proporcionados por certas intervenções intensivas precoces.”* (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 44)

Segundo o médico Varella (2013), o autismo instala-se numa fase muito precoce, precisamente numa altura fulcral, quando os neurónios que coordenam a comunicação e os relacionamentos sociais deixam de formar as conexões necessárias. *“(...) a ideia subjacente à intervenção precoce é contornar áreas do cérebro que não estão a funcionar e onde normalmente estão alojadas funções específicas e pensar em formas inteligentes de levar outras partes do cérebro a funcionar, em vez de estruturas originais.”* (Siegel, 2008: 261)

Segundo Siegel (2008), a maior parte do processo de crescimento e desenvolvimento do cérebro ocorre durante os primeiros cinco a seis anos de vida. Depois disso, as estruturas cerebrais principais estão então já desenvolvidas e prontas para realizar as suas diversas

funções, o que não se verifica no cérebro de uma criança com TEA. Para clarificar, a mesma autora usa a seguinte analogia:

*“O cérebro de um recém-nascido é como uma área geográfica bem cartografada, mas sem estradas, caminhos ou acessos. À medida que vão sendo armazenados tipos específicos de informação, a paisagem desenvolve características de uso humano – «caminhos», «armazéns» e coisas que são guardadas nos armazéns. (...) Numa muito jovem criança com autismo podem existir problemas nas construções quer dos caminhos, quer dos armazéns. Através de estimulação extra (...) podem ser construídos novos armazéns e caminhos (...).” (Siegel, 2008: 260)*

Um dos maiores problemas enfrentados no tratamento do TEA é o seu início muito tardio, pois, depois de muitos anos de cristalização dos sintomas, o tratamento é mais difícil. Portanto quanto mais depressa o diagnóstico for feito e mais depressa se começar a atuar, melhores serão os resultados, logo, *“A intervenção deve ser iniciada precocemente, logo que se identifique na criança o risco de autismo, em vez de a diferir para o momento de um eventual diagnóstico definitivo.”* (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 174) Mas o que nos mostram os estudos científicos é que a consulta com um especialista de desenvolvimento só ocorre por volta dos quatro anos e que na maioria das vezes o diagnóstico é feito apenas aos cinco anos de idade. (Correia, 2011). O que, na maioria dos casos faz toda a diferença, tal como refere Junior (2010): *“O que eu e a minha equipe temos presenciado é a incomparável velocidade na melhora clínica de crianças abaixo de quatro anos quando comparamos com aqueles que iniciam os tratamentos aos seis anos”*.

A tendência a certos fatores de risco se agravarem com o tempo, caso não haja uma intervenção sobre eles, é elevada, e como tal, torna-se mais difícil a atenuação ou correção de um determinado problema quando este já está estabelecido, e por melhor que a equipa que irá trabalhar com a criança seja, os resultados irão ser sempre menores, e evoluirão a um ritmo muito mais lento. *“Quanto mais longa é a espera até um especialista de intervenção precoce surgir, mais tempo a criança se debate com o défice cognitivo e cada vez menos aprecia qualquer actividade que requeira o uso de uma função deficitária.”* (Siegel, 2008: 260). Para além do contacto com a crianças ser mais limitado, também o próprio alcance do tratamento ficará muito restrito ao seu objetivo terapêutico. Ou seja, quanto mais nova a criança for, maior será a capacidade de responder à estimulação positivamente *“(...) treinar uma nova competência é mais fácil do que anular uma velha competência, e depois treinar a nova que a irá substituir.”* (Siegel, 2008: 261) Um número considerável de resultados de

investigações que têm vindo a ser publicados, apontam para uma estreita relação entre as experiências precoces e os resultados futuros, pois quando tal não se verifica,

*“(...) uma deteção tardia de um problema de autismo poderá permitir que um qualquer processo reabilitador venha a acontecer num período já não tão adequado, e até ao qual aconteceram cristalizações inconvenientes de estruturas psico-orgânicas, e que são expressas comportamentalmente através de adaptações acentuadas.” (Pereira, 2008:97).*

E, atendendo aos tempos que estamos a vivenciar de cada vez mais falta de recursos financeiros, é importante referir que *“A identificação precoce é uma alternativa imprescindível para os países de fracos recursos como o nosso, na medida em que reduz os custos, elimina condições que tendem a agravar o desenvolvimento toral da criança e diminui os seus efeitos cumulativos.” (Fonseca, 2008: 324)*

Portanto, e em jeito conclusivo, pode-se afirmar que *“Torna-se cada vez mais claro que quanto mais cedo o diagnóstico for feito e a terapia comportamental for iniciada, melhores serão os resultados a longo prazo.” (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 148)* Milhorange (2013), afirma mesmo que, quando a criança passa por uma intervenção antes dos 3 anos, há probabilidade de melhora de 80% nos sintomas. E, pode-se também verificar, que quanto mais recente é a literature, mais se sabe que é possível atuar cada vez mais cedo: *“Symptoms are typically recognized during the second year of life (12-24 months of age) but may be seen earlier than 12 months if developmental delays are severe, or noted later than 24 months if symptoms are more subtle.” (DSM-V, 2013: 55)*

### 3.2. Sinais de Alerta

O primeiro passo para ajudar as crianças com TEA é estarmos familiarizados com sinais que podem indicar um possível transtorno, o mais precocemente possível. E hoje sabe-se que *“Os sinais de autismo podem ser observados muito precocemente”* (Lima, 2012: 57):

*“O início das perturbações do espectro do autismo ocorre em fase precoce da vida, sempre antes dos 3 anos de idade (...). Porém, elas são habitualmente reconhecidas senão muitos meses ou anos mais tarde. As crianças com formas mais ligeiras destas perturbações podem ser identificadas ainda mais tarde, muitas vezes depois de entrarem na escola. O sintoma inicial mais frequentemente reconhecido pelos pais é o atraso ou o anormal desenvolvimento da fala. Porém, muitos outros sintomas, especialmente sociais comunicativos, parecem antedatar as anomalias da linguagem que os pais referem no momento em que reconhecem o estado.”* (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 44)

Estes sinais que de seguida passamos a listar estão de acordo com a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), que é um instrumento de rastreamento precoce do TEA, bem como com alguns dos critérios de diagnóstico do DSM-V e da Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID-10). Estão dispostos consoantes as áreas de desenvolvimento infantil, e evidenciam principalmente os sinais que se podem verificar do nascimento até aos três anos de idade:

#### **- Desenvolvimento Psicológico ou Cognitivo:**

- Choro constante ou ausência total de choro;
- Interesse obsessivo por algum objeto ou luz;
- Não olha, nem aponta objetos;
- Dependência de rotinas e resistência à mudança;
- Acessos de cólera sem razão aparente, e comportamentos que produzem danos físicos próprios;

- Riso inapropriado;
- Rotação e alinhamento de objetos;
- Não imita o adulto;
- Manifestar medo de objetos;
- Não reação perante um barulho próximo;
- Inexistência de comunicação não-verbal (gestos ou expressões faciais adequadas);
- Não faz pedidos, conduz a pessoa até alcançar o objeto desejado;
- Mostram resistência à alteração do meio;
- Não leva objetos ao adulto;
- Não segue instruções simples (como “pegue o brinquedo”)

**- Desenvolvimento Físico ou Motor:**

- Fraco controlo motor da cabeça e do pescoço;
- Balbucio e gesticulação tardios;
- Atraso na fala, ausência de fala ou poderão eventualmente perder a fala já adquirida;
- Apresenta dificuldades na articulação de palavras simples;
- Repetição automática de palavras ouvidas (ecolália);
- Aparente insensibilidade à dor;
- Anda na ponta dos pés;
- Dificuldades em aprender a controlar os esfíncteres e aos hábitos de higiene;
- Movimentos estereotipados com o corpo;
- Hiper ou hipossensibilidade a vários estímulos sensoriais;

- Não transfere objetos de uma mão para a outra;
- Problemas com a alimentação, como por exemplo, dificuldade na amamentação;
- Problemas de sono, pode não dormir na quantidade esperada, e chora muito, alguns bebês querem estar sempre ao colo ou dormem em posições estranhas;
- Problemas de alimentação ou sucção;
- Hábitos e preferências estranhas na alimentação;
- Cheira, morde ou lambe os brinquedos e ou roupas;

**- Desenvolvimento Social ou Emocional:**

- Não responde a sorrisos;
- Mostra indiferença por tudo o que a rodeia/ apatia;
- Vai ao colo de qualquer pessoa, ou demonstra medo anormal de estranhos;
- Incapacidade de ter consciência dos outros;
- São bebês mais apáticos e não demonstram nenhum desejo de aconchego físico, podendo mesmo rejeitá-lo e demonstrar sentir-se melhor no berço, quando fica sozinho;
- Evita o olhar do outro; mesmo com a própria mãe (exp: em situação de amamentação);
- Ausência de reação quando os pais pegam nela;
- Desinteresse pelas pessoas e pelo meio ambiente;
- Atraso ou ausência dos movimentos de antecipação para ser pego no colo (exp: pode não levantar os braços para ser retirado do berço);
- Indiferença à ausência/presença da progenitora;
- Não reage à voz da mãe nem de pessoas próximas;

- Não responde quando chamada pelo seu nome (frequentemente pensam até que a criança seja surda);
- Atraso ou ausência de sorriso social;
- Tendência a interessar-se por partes de outra pessoa (pé ou mão);
- Não percebe (ou parece não dar importância) quando o pai/mãe chega ou sai;
- Usa os outros como ferramentas, não apontar com o dedo para o objeto que quer alcançar (exp: pega no seu braço e leva-o até ele, como se usasse a sua mão como uma instrumento);

### 3.3. Diagnóstico

Em caso de suspeita de que algo estranho ou diferente, o primeiro passo, é falar com o Pediatra ou Médico de Família que habitualmente segue a criança. E, posteriormente, caso a suspeita se mantenha, a criança deve então ser avaliada de forma específica por um pediatra especialista na área do Desenvolvimento Infantil.

*“A primeira reação às preocupações expressas pelos pais deve implicar a despistagem. Esta constitui em geral um processo relativamente breve e nada oneroso que auxilia a tomada de decisões quanto aos recursos a mobilizar. A despistagem envolve a determinação da probabilidade de a criança ter, de facto, a algum tipo de preocupação e ou estar em risco de a desenvolver”.* (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 44).

Segundo o ponto de vista de Siegel (2008), o diagnóstico envolve duas questões importantes: *“Em primeiro lugar, um diagnóstico é um rótulo”*(:113), e justifica a importância deste “rótulo” dizendo que este vai permitir que se estabeleça um plano de tratamento. *“A segunda questão, muito importante, é ser um bilhete de entrada para serviços de que o indivíduo em questão pode passar a usufruir”.* (:113) Portanto, segundo Pereira (1998), a classificação é o modo de compreensão de acontecimentos, e depois do reconhecimento de uma doença, os técnicos podem mais facilmente e assertivamente recomendar um tratamento mais apropriado.

*“ (...) o diagnóstico de autismo é feito com base numa avaliação do comportamento da criança, incluindo testes às suas interações sociais, à sua inteligência, à sua linguagem receptivo-expressiva, ao seu comportamento adaptativo e à presença, ou ausência de sinais específicos de autismo.”* (Siegel, 2008: 119)

Este diagnóstico é definido pelos critérios que constam na revisão mais atual do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-V), e pela CID-10, e é realizado com base numa avaliação comportamental pois ainda não existem exames que possam contribuir significativamente para o diagnóstico. Estes sistemas aceitam a existência do TEA que consiste numa perturbação do desenvolvimento e se baseiam na tríade de características já mencionadas.

Este transtorno não pode ser diagnosticado tendo por base apenas um sintoma, sendo necessária a presença simultânea dos sintomas principais. Tem-se vindo a observar uma



deteção de sinais indicadores de TEA cada vez mais precocemente. A suspeição da maioria dos quadros do TEA pode ser realizada já nos primeiros meses, na maioria dos casos Camargos (s.d.). E Milhorange (2013) mais especificamente diz-nos que atualmente é já possível detetar sinais precoces que possam indicar um possível TEA em bebés a partir dos dois meses de vida, através da tecnologia eye tracking (técnica de acompanhamento do movimento ocular) numa versão adaptada para recém-nascidos.

### **3.3.1. Critérios de Diagnóstico segundo o DSM-V:**

Segundo a 5ª revisão do DSM para se definir um diagnóstico de TEA, para além de preencher os seguintes critérios abaixo, devem também ter sido apresentados sintomas que comecem na infância precocemente e devem comprometer a capacidade do indivíduo em função da sua vida e do dia-a-dia. Os critérios são então os seguintes:

1. Défices significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais em vários contextos, manifestados pelas seguintes maneiras:

- Dificuldade na reciprocidade social e emocional;
- Dificuldade na comunicação não-verbal utilizada para interação social;
- Dificuldade para desenvolver, manter e compreender relacionamentos com os seus pares;

2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos duas das seguintes maneiras:

- Comportamentos repetitivos ou estereotipados – a nível verbal, motor ou no uso de objetos;
- Padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, ou excessiva resistência a mudanças, e excessiva adesão a rotinas;
- Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais em intensidade e foco;
- Hiper ou hipo reação a estímulos sensoriais, ou interesse incomum em aspetos sensoriais do ambiente;

3. Os sintomas devem estar presentes no período inicial de desenvolvimento;
4. O conjunto de sintomas causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, no desempenho das atividades diárias ou ocupacionais.
5. Os distúrbios apresentados não são melhor explicados por deficiência mental ou atraso no desenvolvimento global;

### **3.3.2. Instrumentos de diagnóstico para idades precoces:**

*“Outro desenvolvimento significativo e altamente benéfico na avaliação do autismo é a existência de instrumentos para auxiliar no reconhecimento e identificação precoces das crianças com PEAs.” (Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003: 81)*

Os principais instrumentos de avaliação, usados para um diagnóstico em idades precoces no TEA são os seguintes:

- CARS (Childhood Autism Rating Scale). O CARS é uma escala de avaliação baseada nas definições de autismo apresentadas por Rutter, Ritvo e Freeman. Os aspetos comuns entre essas definições são: o desenvolvimento social comprometido na relação com as pessoas, objetos e acontecimentos; o distúrbio da linguagem e capacidades cognitivas; e o início precoce do transtorno, antes dos 30 meses de idade. Esta é uma escala que é usada como instrumento para observações comportamentais. (Pereira, et al, 2008)

- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). A M-CHAT é um instrumento de rastreamento precoce de TEA, que tem como objetivo identificar sinais desse mesmo transtorno em crianças entre os 18 e os 24 meses. É um instrumento bastante simples, constituído por 23 questões do tipo sim/não e a resposta aos itens da escala leva em conta as observações dos pais relativamente ao comportamento da criança. (Losapio, et al, 2008).

- PEP-R (Perfil Psicoeducacional revisado) é um instrumento para avaliação de idade de desenvolvimento de crianças com TEA e com transtornos do desenvolvimento semelhantes. Foi desenvolvido para dar resposta a clínicos que

*“(...) citaram a tendência a incluir crianças cada vez mais novas em programas integrais pré-escolares como fundamental para a identificação mais precoce do autismo e transtornos do desenvolvimento semelhantes, foram adicionados itens para a idade pré-escolar, especialmente para o nível abaixo dos 2,5 anos” (Mota, s.d: 79)*

- ADI (Autism Diagnostic Interview) é uma entrevista de diagnóstico para TEA, para utilizar junto dos pais, com o objetivo de fornecer um diagnóstico diferencial dos transtornos globais do desenvolvimento. O entrevistador procura investigar os primeiros cinco anos de vida da criança, pois é neste período em que certos aspetos são mais evidentes para o diagnóstico, bem como os últimos 12 meses anteriores à entrevista.

- ASQ (Autism Screening Questionnaire) é um questionário de triagem para TEA, para ser preenchido pelos pais ou cuidadores, é constituído por 40 questões. Foram elaboradas duas versões do questionário, uma para crianças com idade inferior a 6 anos e outra para crianças com idade igual ou superior a 6.

### **3.4. Intervenção**

Após a confirmação do diagnóstico; depois de ter sido submetida a uma avaliação individualizada, apropriada à criança e família, específica e fidedigna de modo a determinar o seu nível funcional; ou quando há uma sinalização indicando que a criança poderá ser candidata a portadora do TEA, esta deve entrar num programa intensivo de estimulação a nível comportamental, social ou cognitivo. *“Os programas de intervenção precoce podem fazer uma diferença importante e produzir ganhos significativos e duradouros”*. (Gadia et.al, 2004: s91). O acompanhamento que se segue ao diagnóstico deve ainda:

*“(...) facultar o treino de competências, o suporte familiar e o apoio psicológico e psiquiátrico, essenciais no sentido de ajudar as pessoas com uma perturbação do espectro ao autismo a usarem da melhor forma as suas competências e a melhor conviverem com as suas incapacidades.”* (Filipe, 2012: 98)

Diferentes entidades/serviços podem sinalizar as crianças com possível Transtorno do Espectro do Autismo, tais como: hospitais, serviços sociais, serviços de educação, maternidade, família, etc.

As crianças com TEA são um grupo muito heterogéneo, logo, o programa de intervenção desenvolvimental é muito variável, devendo ser diferenciado, específico, adaptado a cada criança, baseadas numa avaliação contínua e na avaliação das características individuais, família e contexto, desenrolando-se em ambientes que promovam a segurança, o envolvimento ativo e a aprendizagem da criança e utilizando procedimentos sistemáticos nos locais atividades e rotinas da criança;

Não se pode generalizar relativamente aos métodos ou programas a ser aplicados junto deste tipo de população, não havendo um programa de atuação ideal, existe sim, um programa de ideal para uma criança em particular (Correia, 2011). Estes programas reúnem vários especialistas e várias horas de intervenção, cujo principal objetivo comum, é tornar o de tornar a criança o mais independente e autónoma possível, bem como *“(...) o de conseguirem a integração total da pessoa com autismo na sociedade em que se insere.”* (Filipe, 2012: 100)

Assentam essencialmente na prestação de cuidados médicos, educativos e sociais, numa perspetiva multidisciplinar, com profissionais capazes de partilhar conhecimentos

entre si e com os respectivos pais das crianças, que assumem um papel central em todo o processo de intervenção, pois na verdade são quem melhor conhece a criança, as suas motivações e interesses, são a base da sua segurança emocional, têm um maior número de interações e em diversos contextos. Portanto, a participação dos pais, é um ponto fulcral para o sucesso do desenvolvimento destas crianças, perante o programa terapêutico e educativo.

Estes profissionais pertencem a uma equipa multidisciplinar integrante de um serviço específico de intervenção precoce, que funciona em rede e é composta por equipas de intervenção direta e equipas de coordenação. Os elementos constituintes das equipas de intervenção direta devem ser profissionais de formação diversificada, designadamente educadores de infância, médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas, enfermeiros ou outros, com formação especializada e experiência na área do desenvolvimento da criança. (Correia, 2011)

Os profissionais de Intervenção podem desenvolver a sua atividade nos seguintes contextos: domicílio, creche e/ou Jardim de Infância. Quer num contexto mais familiar para a criança, quer num contexto escolar, a equipa deve ter em atenção que para desenvolver uma intervenção de qualidade, deve haver bastante cooperação entre os mesmos, respetivos pais, e profissionais das creches ou jardins-de-infância, portanto, a eficácia da intervenção resultará do esforço conjunto entre os diversos intervenientes. Segundo Mesibov (1995) a intervenção que combina destes dois contextos, é provavelmente a mais aconselhável. Logo que a avaliação das necessidades da criança tenha sido realizada, a equipa de intervenção precoce elabora o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)

Estes profissionais deverão recorrer a modelos transdisciplinares, sendo que as equipas tomam as decisões e trabalham em conjunto, e a intervenção é delineada com base no funcionamento da criança. É fundamental que, atendendo ao transtorno em questão, sejam planeadas e implementadas estratégias que promovam o desenvolvimento da tríade clínica de dificuldades (interação, comunicação e imaginação); haja uma parceria próxima com os pais e os demais profissionais envolvidos; se estruture uma rotina para a criança; se recorra à utilização de pistas visuais e utilização de sistemas de comunicação alternativos; se incluam momentos de aprendizagem de um-para-um; e que se tenha consciência das questões ou dificuldades sensoriais, bem como se tenha em consideração as preferências e interesses da criança, assim como das suas limitações. (Wall, 2010) É ainda essencial que

se siga um programa especializado; se incluam atividades que estimulem o envolvimento, a iniciativa e a adaptação aos momentos e situações de transição por parte da criança; que, as estratégias aplicadas sejam realizadas num ambiente de aprendizagem estruturado e favorável; e que se faça a generalização das aprendizagens em diferentes ambientes, e recorrendo sempre que possível a uma abordagem funcional.

*“Enquanto não há perspectivas de cura, podemos desde já melhorar o que temos, o desenvolvimento da qualidade de vida das nossas crianças autistas”.* (Marot, 2004)

## **CAPÍTULO 3**

### **Metodologia de Intervenção**

## 1. Introdução

De acordo com a revista *Medical News Today* (2012), num estudo de investigadores da Escola de Medicina de Yale, editado no *Journal of Autism and Developmental Disorders*: “*Children who have ASD (autism spectrum disorders) benefit greatly from early intervention, showing better brain function as well as advances in their abilities to communicate and behave like other children.*” Portanto, e quanto mais as pesquisas avançam neste sentido, mais se vai confirmando que quanto mais cedo for iniciada a intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo, mais fácil será evitar a cristalização e agudização dos problemas, bem como possíveis aparecimentos de efeitos secundários.

Com referência numa publicação na página do Departamento de Saúde, do governo Australiano (2006), podemos confirmar então que: “*To help children with autism it is essential to focus on the earliest years of development, since this is a critically important time for early learning witch powerfully affects the child’s future life course.*” Ainda se encontra referenciado no mesmo artigo, o facto de até aos últimos anos ter sido raro diagnosticar TEA antes da idade pré-escolar.

Continuando nesta linha de pensamento, mas afinilando um pouco o tema, chega-se assim ao profissional de Educação Especial, e ao seu papel fundamental no papel da Intervenção Precoce nas crianças com, ou sinalizadas com Transtorno do Espectro do Autismo, uma vez que está em contacto com estas crianças nas idades ideais para se desenvolver um trabalho que possa minorar, atenuar e ajudar estas crianças e respetivas famílias; para tal é necessário que esteja por dentro dos sinais que poderão indicar este transtorno e que saiba como atuar, e que estratégias deve aplicar.

Tendo em conta que “*A investigação em Pedagogia tem por objectivo promover a Educação ajudando-a na realização do seu fim, que é o desenvolvimento holístico da pessoa*” (Sousa, 2005: 29), o trabalho aqui desenvolvido pretende colaborar para uma melhor reflexão, por parte dos professores de educação especial, relativamente às suas práticas educativas, bem como por parte dos formadores destas áreas acerca da qualidade/quantidade conhecimento e informação que transmitem aos seus alunos, nomeadamente em relação ao presente tema.



A estruturação do estudo que de seguida é apresentado, surge como um estudo exploratório que visa questionar os professores de Educação Especial sobre a intervenção precoce nos transtornos do espectro do autismo, até aos 6 anos de idade, dando-se especial enfoque na intervenção antes dos 3 anos. Portanto, neste capítulo estão presentes todas as opções metodológicas realizadas e respetivas justificações no que diz respeito à investigação em questão, apresentando também o problema e as hipóteses levantadas, assim como os objetivos concretos do estudo, definição dos participantes e método de recolha de dados.

## **2. Aspetos Metodológicos**

### **2.1. Pertinência do estudo**

Considera-se este estudo pertinente, uma vez que a investigação sobre Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo é ainda reduzida, e visa valorizar o trabalho realizado pelos professores de Educação Especial, bem como os benefícios que uma ação tão precoce tem no desenvolvimento de crianças com esta problemática. É ainda importante situarmo-nos, percebendo em que situação nos encontramos relativamente a uma problemática cada vez mais presente, procurando perceber de uma forma mais clara se estamos a agir corretamente, de forma a tornar esta intervenção eficaz, e desta forma, uma mais-valia. Como refere Fernandes (2006: 1), *“o grande objectivo desta metodologia, é pois, a reflexão sobre a acção a partir da mesma”*, com o objetivo de melhorar a realidade atual.

A Intervenção Precoce no TEA tem-se tornado possível graças à sua identificação cada vez mais cedo, portanto, se torna cada vez mais fulcral todos os intervenientes da intervenção precoce estarem cada vez mais atualizados, informados, fazendo um trabalho cada vez melhor; e é também neste sentido que surge este trabalho, apurar até que ponto os professores de Educação Especial estão preparados para fazer a sua parte neste trabalho multidisciplinar, pois têm um papel fundamental neste processo.

### **2.2. Questões da investigação**

O presente trabalho de investigação remete-nos, de uma forma geral, como já foi referido anteriormente, para a temática da Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo. Contudo, questões mais específicas relacionadas com o nível de preparação por parte dos profissionais de educação especial são levantadas, dando-se especial

relevância neste caso em particular, à importância do nível de conhecimento que os professores devem ter para estarem desta forma preparados para identificar sinais que alertem para um possível TEA, para que deste modo se possa atuar cada vez mais precocemente e com maior assertividade.

Em qualquer trabalho de investigação se procura um problema que seja relevante do ponto de vista teórico e prático, que deverá proporcionar à aquisição de novos conhecimentos e esclarecimentos. Deve ainda, ser também um problema cuja sua solução ou resposta acarrete benefícios, e que o tema e respetivo problema sejam de interesse para o investigador, pois desta forma a probabilidade do sucesso da investigação aumenta. É então necessário definir um problema, e tal como refere Fernandes (2006) “*definir o problema, é pois, comunicar em que se está a trabalhar e quais os objectivos desse trabalho*”. Portanto, devemos aceitar como problema de investigação a “*proposição acerca de uma situação que requer mais e melhor conhecimento daquela que se tem no instante presente*” Austin (2005).

Atendendo a esta premissa foi definida a seguinte **problemática**:

- *Estarão, os professores de Educação Especial, preparados para intervir precocemente no Transtorno do Espectro do Autismo?*

Variável Dependente: eficácia da intervenção precoce nos TEA

Variável Independente: conhecimentos dos professores

Depois do problema definido, segue-se a formulação de uma ou várias hipóteses, e por hipótese entende-se como “*(...) um conjunto estruturado de argumentos e explicações que possivelmente justificam dados e informações, mas, que ainda não foram confirmados por observação ou experimentação.*” (Jung, 2009: 3). A hipótese subdivide-se em Variável Dependente e Variável Independente;

*“Os cientistas procuram fazer previsões acerca do comportamento das variáveis dependentes com base no aspecto das variáveis independentes, e, de maneira inversa, podem desejar aclarar um determinado fato ou fenômeno (variável dependente), por meio da identificação do acontecimento (variável independente) que o ocasionou.”*  
(Richartson, F., et al, 2013: s. p)

Relativamente à problemática em questão foram levantadas as seguintes **hipóteses:**

**Hipótese 1-** *Os professores de Educação Especial estão familiarizados com os sinais que poderão alertar para um possível Transtorno do Espectro do Autismo antes dos três anos de idade;*

Variável Dependente: qualidade da intervenção dos professores

Variável Independente: conhecimento dos sinais que poderão alertar para um possível TEA

**Hipótese 2** - *Os professores de Educação Especial: Domínio Intervenção Precoce, estão mais familiarizados com os sinais que podem alertar para um possível Transtorno do Espectro do Autismo antes dos três anos de idade, do que os professores de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, que se encontram a trabalhar atualmente na Intervenção Precoce;*

Variável Dependente: qualidade da intervenção dos professores

Variável Independente: formação dos professores

**Hipótese 3** - *Os professores de Educação Especial: Domínio Intervenção Precoce, sentem-se mais preparados para intervir precocemente no Transtorno do Espectro do Autismo, do que os professores de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, que se encontram a trabalhar atualmente na Intervenção Precoce;*

Variável Dependente: nível de preparação sentido pelos professores

Variável Independente: tipo de formação recebida

**Hipótese 4** – *Na opinião dos professores de Educação Especial, a vertente académica tem mais influência na eficácia e qualidade da intervenção precoce no TEA do que a vertente prática.*

Variável Dependente: a eficácia/qualidade da intervenção precoce no TEA

Variável Independente: vertente prática vs vertente académica

### **2.3. Objetivos do estudo**

*“Objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.* (Fortin, 1999: 40). Esta investigação tem como objetivo geral perceber até que ponto os professores de Educação Especial estão e se sentem preparados para intervir precocemente com crianças sinalizadas ou diagnosticadas com Transtorno do Espectro do Autismo. Como objetivos específicos salienta-se:

- Avaliar o conhecimento dos professores de educação especial sobre a Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA);
- Proceder a um levantamento dos conhecimentos por parte dos professores de educação especial relativamente aos sinais precoces que possam indicar um possível TEA;
- Inferir se a formação que os professores recebem durante a especialização de Educação Especial é suficiente para intervirem nesta área;
- Perceber até que ponto os profissionais da área de educação especial se sentem preparados para intervir precocemente no TEA;
- Conhecer a opinião dos professores de educação especial sobre o nível de conhecimentos reunidos aquando do início da prática educativa para intervir junto de crianças com TEA;
- Analisar o nível de dificuldade de intervenção dos professores de educação especial relativamente a este transtorno;
- Sensibilizar e alertar os professores e formadores para uma necessidade cada vez mais crescente da eficácia deste tipo de intervenções, que para tal carece de um maior conhecimento e qualidade;
- Verificar se existe um equilíbrio entre a teoria e a prática;

## **2.4. Metodologia**

A fim de ajudar na elaboração deste estudo e atendendo aos objetivos propostos, a opção metodológica a utilizar, possui um carácter qualitativo, na medida em que “ (...) *ênfatisa a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais.*” (Biklen e Bogdan, 2003: 11). Assim sendo, a metodologia escolhida permitiu uma análise, mais profunda, da abordagem e nível de preparação dos professores de Educação Especial para intervir precocemente no TEA.

Por conseguinte, a descrição funciona como método de recolha de dados, que serão analisados de forma indutiva, ou seja, os dados recolhidos ou provas não têm como objetivo “ (...) *confirmar ou afirmar hipóteses construídas previamente, ao invés disso, as abstracções são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando (...)*” (Biklen e Bogdan, 2003: 87).

Assim, de modo contínuo, investigadores qualitativos em educação questionam os sujeitos da sua investigação com o intuito de perceber “*aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estrutura, o mundo social em que vivem.*” (Psathas, 1973, cit. in Biklen e Bogdan, 2003: 51).

Neste sentido, foram privilegiadas estratégias e procedimentos, que permitiram tomar em consideração as experiências práticas do ponto de vista do informador, de modo a que se possa atuar de uma forma cada vez mais evoluída e eficaz. Tal como referem Correia & Pardal (1995), em educação os estudos devem ser uma ciência prática, na medida em que pretendem conhecer cada vez melhor a realidade social na qual o homem se move e compreender as relações em nome do saber ou conhecer os factos com o intuito de promover a capacidade de agir mais cabalmente do que antes.

## **2.5. Participantes**

Relativamente aos participantes foi considerada a idade, o sexo, os anos de experiência no ensino, formação académica, bem como os anos de experiência em intervenção precoce.

O conjunto de participantes envolvidos no estudo enquadra-se numa amostra de conveniência, sendo constituída por professores de Educação Especial, que se especializaram recentemente no domínio intervenção precoce (940), ex-alunos do Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração; e por professores de Educação Especial, domínio cognitivo e motor (910), que se encontram atualmente a trabalhar na área da intervenção precoce, em três agrupamentos distintos, são eles: o Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais, em Lisboa; o Agrupamento de Escolas de Valadares, em Vila Nova de Gaia; e o Agrupamento de Escolas de Águeda.

Uma das limitações deste estudo deve-se ao facto de atualmente, ainda não haver muitos Professores de Educação Especial a trabalhar na área da Intervenção Precoce, portanto, apenas se pode contar com um número reduzido de participantes.

### **2.5.1. População e Amostra**

Ao realizar um estudo é necessário uma população, que segundo Quivy (1992), é entendida como “*o conjunto de elementos constituintes de um todo*”. Neste caso específico foi utilizada uma população finita, da qual constaram Professores de Educação Especial, pertencente a dois domínios: cognitivo e motor, e intervenção precoce. Uma vez que não é possível inquirir cada um dos elementos, cria-se uma amostra que é um pequeno grupo de elementos retirados da população. Tendo em conta os objetivos e a natureza do estudo, foi selecionada uma amostra não probabilística, intencional, definindo-se como uma amostragem por conveniência, uma vez que é realizada de forma arbitrária (Hill e Hill, 2005).

Para fundamentar este estudo, foi escolhida uma amostra de dois grupos de professores de educação especial:

- Professores de Educação Especial: Domínio Intervenção Precoce (que terminaram recentemente a especialização em questão, no Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração de Aveiro;

- Professores de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor (a trabalhar atualmente na Intervenção Precoce) do Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais, do Agrupamento de Escolas de Valadares, e do Agrupamento de Escolas de Águeda.

No primeiro grupo foram distribuídos questionários a 16 indivíduos, e no segundo (que se subdivide em dois), foram distribuídos num total 25 questionários, o que perfaz um total de 41 questionários, de modo a que se pudesse apurar a problemática em estudo.

A amostra não consta com um número mais alargado de sujeitos para que o estudo possa manter um equilíbrio e coerência, e desta forma ser válido, uma vez que se vai estabelecer uma comparação entre dois grupos, e também porque ainda não existem muitos profissionais na área da educação a trabalhar diretamente neste tipo de intervenção, bem como o número de profissionais com especialização em intervenção precoce é também ainda bastante reduzido.

## **2.6. Métodos de recolha de dados**

*“Os dados incluem os elementos necessários para pensar de forma adequada e profunda acerca dos aspectos da vida que pretendemos explorar.”* (Biklen e Bogdan, 2003: 149)

Como refere Fortin (1999: 240) *“(...) os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de*



*medida que convém ao objectivo de estudo, às questões de investigação colocadas às hipóteses formuladas*". Tendo tido esses fatores em consideração, o instrumento privilegiado como instrumento de recolha de informação a usar tomou forma de inquérito por questionário. Quivy e Campenhoudt, referem que o inquérito por questionário *"se presta bem a uma utilização pedagógica pelo carácter muito preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática"*. (1992:187)

Foi escolhido este instrumento pois: *"questionando-se os sujeitos tentam obter-se respostas que exprimem percepções e opiniões (...) sobre si próprio."* (Hébert, 1996: 100, cit. por Alves, 2009: 107). Apesar das suas limitações, o questionário é um dos instrumentos mais utilizados em pesquisa, pois tem a vantagem de não obrigar a uma interação direta com os sujeitos que responde, uma vez que são os próprios que o preenchem, o que permite ainda, sempre que se achar necessário, que permaneçam anónimos. Esta garantia de anonimato pode ser importante no sentido de se conseguirem respostas o mais honestas possíveis. No entanto, há que contra com um número relativamente grande de sujeitos que não respondem.

Os questionários podem ser compostos por questões fechadas, abertas ou categorizadas. Nas questões fechadas, o sujeito tem apenas que assinalar a sua resposta entre as hipóteses que lhe são propostas. Tem como desvantagem, limitar a resposta do sujeito e como vantagens propor alternativas que ele poderia eventualmente ter esquecido e facilitar a análise das respostas. Nas questões abertas o sujeito responde espontaneamente utilizando a sua própria linguagem e expressando a sua opinião de uma forma livre, o que vai contribuir para a riqueza dos dados recolhidos. Como principal desvantagem, tem a maior complexidade e dispêndio de tempo na análise dos dados.

Neste seguimento, surgiu a necessidade da elaboração de um questionário composto por questões fechadas e categorizadas, que *"(...) são aquelas nas quais o inquirido apenas seleciona a opção (entre as apresentadas), que mais se adéqua à sua opinião"* (Stanzani, 2014, s.p), de forma a ser possível efetuar uma análise mais precisa, uma vez que nas questões fechadas, o inquirido tem uma escolha de respostas limitada, uma vez que o número de respostas possíveis é também ele limitado.

Para chegar à versão final do questionário aplicou-se um pré-teste, com o objetivo de testar a sua aplicabilidade, ou seja, fez-se um *"ensaio do questionário em indivíduos não pertencentes à população do inquérito"* (Lima, 2000: 579), a uma amostra de 15 indivíduos não pertencentes à população do inquérito, cujo objetivo foi o de verificar a

pertinência, clareza e a objetividade das questões do questionário, reduzindo ao máximo o fator de justeza e ambiguidade, tendo-se realizando à posteriori os devidos ajustes no enunciado das questões.

## **2.7. Construção do Questionário**

O sistema de perguntas presente no questionário está organizado de modo a ter coerência, tendo-se usado para umas perguntas, múltipla escolha, nas quais “(...) os respondentes optarão por uma das alternativas, ou por determinado número permitido de opções.” (Chagas, 2000: s.p) e para outras a escala de Likert “Respondents are asked to indicate their level of agreement with a given statement by way of an ordinal scale”. (Bertram, s.d:1).

Relativamente ao número de perguntas do questionário (pode ser consultado no Apêndice do trabalho), pode-se referir que abrange toda a problemática a investigar, subdividindo-se em três partes distintas, embora que interligadas: primeiramente apresenta-se um grupo de perguntas que visa proceder a um levantamento relativo às informações de carácter pessoal, que definem a população alvo; numa segunda pretende-se saber o nível de conhecimentos que esta tem no que diz respeito à intervenção precoce no TEA; e uma terceira e última, vai de encontro ao nível de preparação que os professores de educação especial apresentam perante a mesma problemática, mas bifurcando-se nas duas seguintes vertentes: teórica e prática;

Esmiuçando um pouco este três grupos de questões que foram anteriormente descritos, pode-se dizer que no primeiro grupo encontram-se 6 questões que nos indicam a idade e sexo do participante, os anos de experiência que este tem no ensino, e na intervenção precoce, bem como qual a sua formação académica.

Numa segunda parte apresentam-se cinco perguntas de múltipla escolha (7 à 11). Na primeira o participante deverá identificar quais os instrumentos que são utilizados para avaliar crianças em idade precoce com TEA, pedindo-se ao inquirido que escolha 3 de uma lista de 7, sendo todos eles instrumentos de avaliação, mas sendo apenas 3 deles para serem aplicados em idades precoces; na questão seguinte é pedido que seleccionem cinco

sinais, numa lista de 15, que possam apontar para um possível TEA (o levantamento destes sinais foi feito com base na DSM-V e CID-10), entre outros que são também detetáveis antes dos seis anos de idade, mas que não são indicadores de um possível TEA; na terceira questão o participante deve indicar quais os métodos que pensa serem mais adequados e direcionados para uma intervenção precoce no TEA, tendo de selecionar apenas 3 numa lista de 9 (nos outros 6 itens podem-se encontrar diferentes métodos de intervenção, mas para idades iguais ou superiores aos 6 anos de idade, como um instrumento de avaliação de diagnóstico para TEA, uma associação, e um método de intervenção para indivíduos que sofrem de esquizofrenia); na seguinte questão é suposto indicar a definição correta de um sistema de comunicação alternativa e aumentativa, havendo um total quatro hipóteses de resposta; e por último, apontar, entre as 8 hipóteses dadas, as três estratégias que considere mais importantes para usar junto de crianças em idade precoce diagnosticadas ou sinalizadas com TEA.

Na terceira e última parte (questões 12 a 16), os professores inquiridos deverão dar o seu parecer em relação ao seu nível de formação na área em questão, bem como relativamente ao seu nível de preparação para intervir precocemente junto de crianças com TEA; outra das questões refere-se ao grau de relevância que consideram que as vertentes académica e prática têm no seu desempenho junto de crianças com TEA; e uma penúltima questão, na qual deverão dar a sua opinião, de uma forma generalizada, que inquire sobre o grau de preparação dos professores, tendo apenas duas opções de resposta, sim ou não, e sendo-lhe pedido uma última resposta caso a resposta anterior tenha sido não.

### **3. Cronograma**

De seguida é apresentado um cronograma, no qual se poderá ficar com uma ideia mais clara relativamente aos passos realizados desde início até ao final da elaboração da presente dissertação:

Tarefas	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
Recolha de dados e bibliografia	X	X					
Estruturação do projeto		X	X	X	X		
Estruturação do fundamento teórico		X	X				
Definição da metodologia	X	X					
Elaboração das ferramentas de recolha de dados	X	X					
Aplicação dos questionários		X (Pré-teste)	X				
Recolha de dados				X			
Tratamento e interpretação de dados				X	X		

Redação da dissertação		X	X	X	X		
Entrega do projeto para aprovação						X	
Apresentação e discussão							X

#### **4. Apresentação dos Resultados**

*“A análise envolve o trabalho com todos os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão que vai ser transmitida aos outros.”* (Biklen e Bogdan, 2003: 205)

De seguida passaremos a fazer uma breve análise da informação recolhida das respostas aos questionários, através da manipulação das variáveis, e poderemos então observar alguns gráficos que nos auxiliarão numa melhor perceção acerca dos resultados que irão ser discutidos posteriormente, de forma a podermos chegar a algumas conclusões.

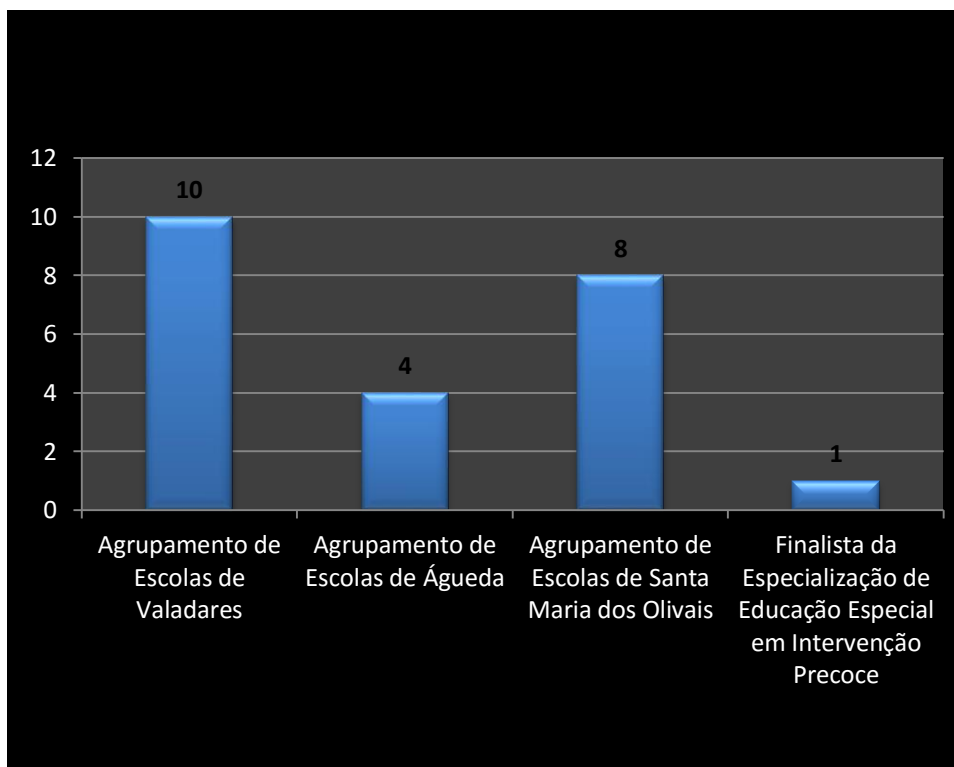
Foram enviados quarenta e um questionários, e devolvidos vinte e três; dos 23 analisaram-se apenas 22, uma vez que apenas um deles era referente ao grupo dos finalistas de Intervenção Precoce, e os restantes 22 eram referentes ao segundo grupo, os professores de Educação Especial que se encontram a trabalhar atualmente na Intervenção Precoce. Como estes dados não seriam suficientes para se estabelecer qualquer tipo de comparação e/ou análise entre os dois grupos em estudo, tal com era um dos nossos objetivos iniciais, optamos por não o considerar.

Para facilitar a leitura dos dados optou-se por dividir a análise em três partes. Na primeira parte do questionário, tal como já foi referido anteriormente apresentam-se questões que recolhem informação de carácter pessoal.

Assim sendo, a primeira questão do questionário pretendia caracterizar o grupo no qual cada sujeito inquirido se inseria. Estavam disponíveis quatro opções que se subdividiam em duas, visto que temos três Agrupamentos de escolas, e um outro grupo que se refere a finalistas da Especialização em Intervenção Precoce. Esta divisão foi feita por dois motivos, o primeiro porque atualmente não existem muitos professores de educação especial a trabalhar diretamente em Intervenção Precoce, e a segunda razão, foi por considerarmos pertinente estabelecer uma comparação entre os Professores de Educação Especial que já se encontram a trabalhar em Intervenção Precoce, e os que terminaram recentemente a sua especialização em Intervenção Precoce. Desta forma, e tal como já foi mencionado acima, um dos nossos objetivos iniciais, era poder estabelecer uma comparação entre estes dois grupos, e apurar quais destes profissionais se sentiriam e

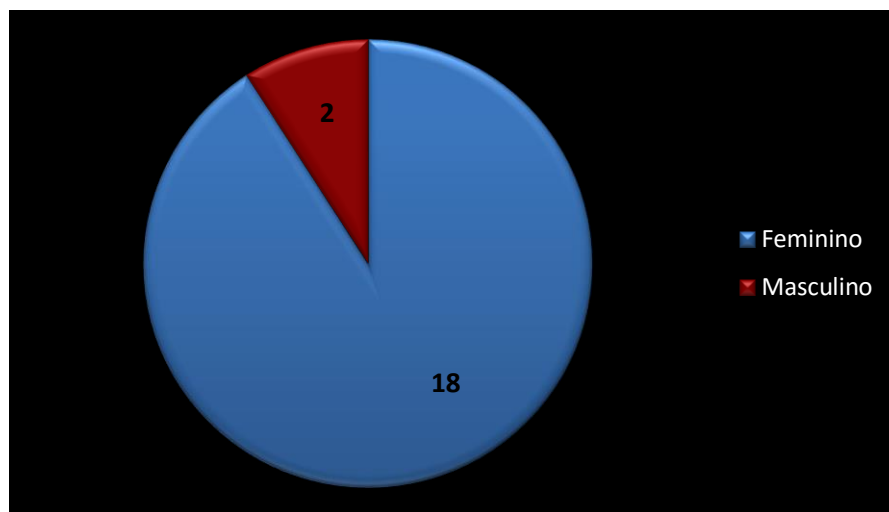
estariam melhor preparados para intervir precocemente no TEA, e como já foi igualmente referido, esta comparação não será viável devido à escassez de respostas obtidas relativamente aos finalistas do domínio Intervenção Precoce.

Para um melhor esclarecimento, tal como se pode verificar no gráfico a baixo, esta comparação, que era uma parte consideravelmente importante do estudo, não foi possível estabelecer, uma vez que apenas obtivemos uma resposta por parte dos inquiridos do grupo dos Professores de Educação Especial que tinham terminado recentemente a sua Especialização no domínio da Intervenção Precoce. As respostas obtidas pertencem na sua grande maioria, quase totalidade, ao outro grupo em questão, grupo este que é constituído por três agrupamentos de escolas distintos (Valadares, Águeda e Olivais).



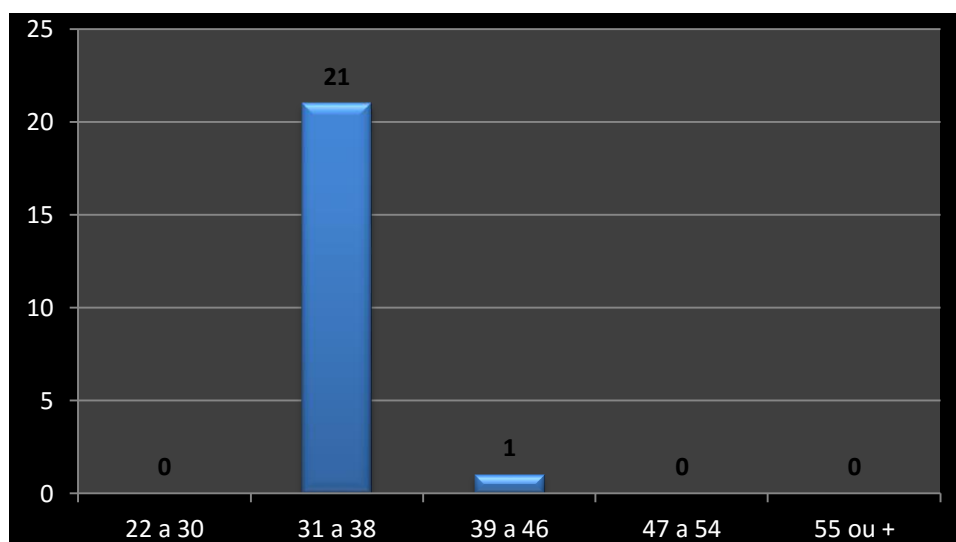
*Gráfico 1- Grupos em que se encontram cada um dos sujeitos inquiridos*

Podemos verificar através do gráfico abaixo, que neste estudo colaboraram 22 Professores de Educação Especial, dos quais 20 são do sexo feminino, e apenas dois do sexo masculino.



*Gráfico 2 – Género*

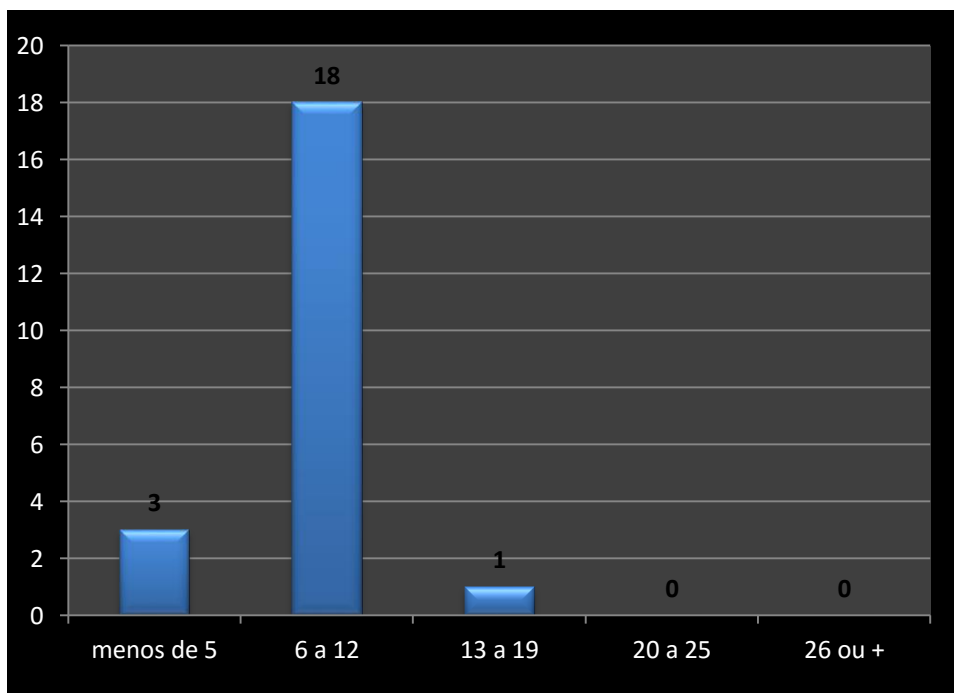
Através do gráfico 3 podemos verificar que a grande maioria dos inquiridos se situa na faixa etária compreendida entre os 31 e os 38 anos de idade, e apenas um na faixa etária compreendida entre 39 e os 46 anos, não havendo nenhum inquirido com menos de 31 anos de idade, nem com idade superior a 46.



*Gráfico 3 – Escalões etários*



O gráfico número quatro expõe os dados relativamente aos anos de experiência que estes Professores de Educação especial inquiridos detêm no ramo educacional. De uma forma geral, verifica-se que a grande maioria, ou seja, 18 destes professores têm entre 6 a 12 anos de experiência, 3 deles têm menos de 5 anos de prática no ensino, e apenas 1 tem mais experiência, tendo já trabalhado entre 13 a 19 anos, e nenhum dos inquiridos adquiriu mais de 19 anos de experiência no ensino.



*Gráfico 4 – Anos de experiência no ensino*

A partir da análise dos dados do gráfico abaixo podemos verificar que das 23 respostas que obtivemos aos questionários (apesar de só considerarmos pertinentes para estudo 22, tal como já referimos anteriormente) 22 foram por parte dos Professores que se especializaram em Educação Especial, no Domínio Cognitivo e Motor (910), apenas uma resposta de um Professor do Domínio de Intervenção Precoce (940), e nenhuma por parte de Professores de Educação Especial com especialização nos dois domínios (910+940).

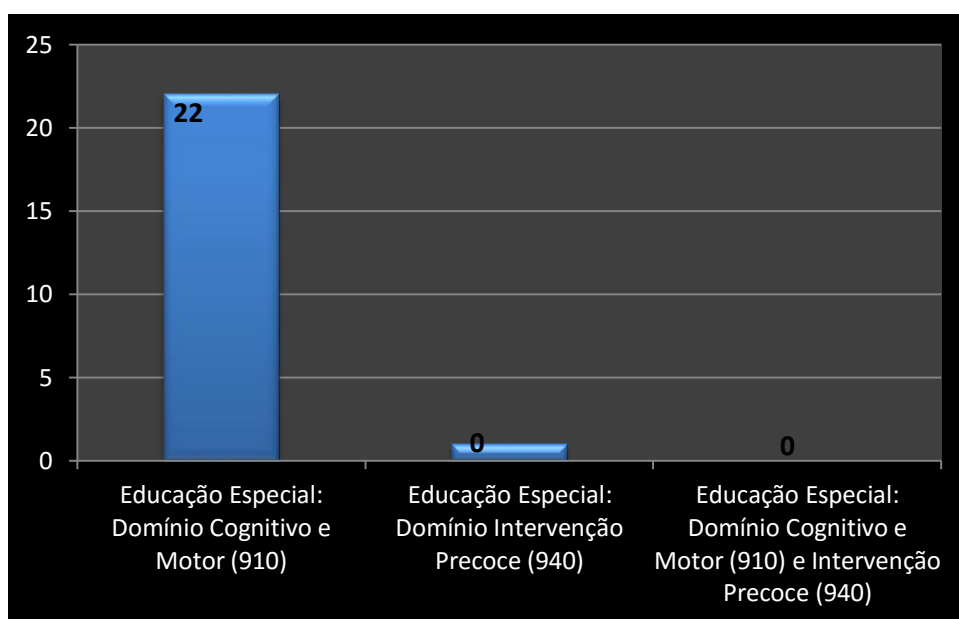


Gráfico 5 – Áreas de Formação Académica (Especialização)

Como se pode constatar através do gráfico número 6, a maioria dos Professores trabalha há menos de 5 anos na área da Intervenção Precoce, contando com um total de 19 dos inquiridos, e apenas três deles têm entre 6 a 11 anos de experiência nesta área. Estes dados talvez se devam ao facto da Especialização em Educação Especial ser relativamente recente.

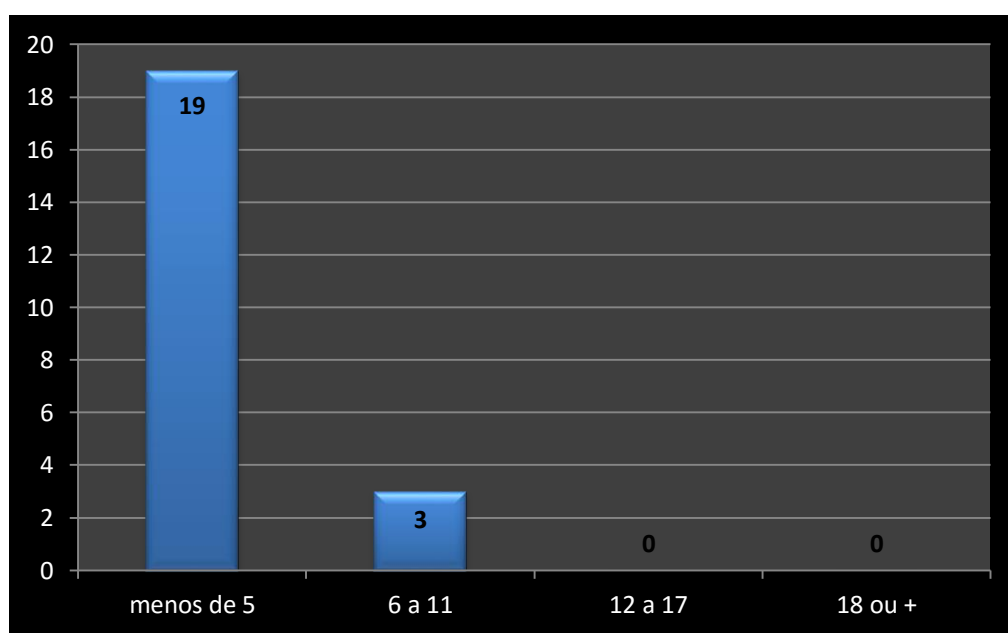
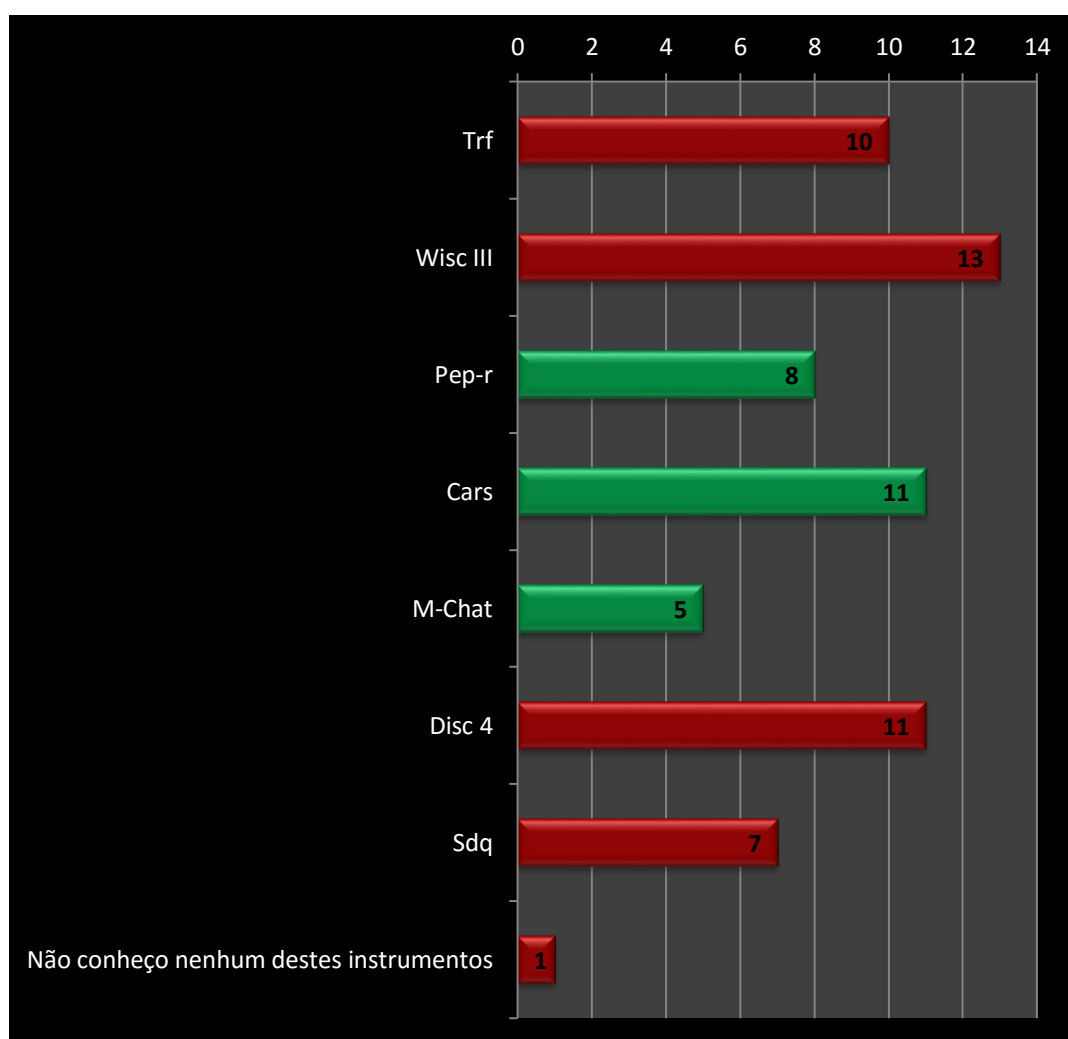


Gráfico 6 – Anos de experiência na Intervenção Precoce

Aqui entramos na segunda parte do questionário, onde se podem verificar os conhecimentos e o nível de preparação dos Professores de Educação Especial relativamente à Intervenção Precoce no TEA. Para uma melhor compreensão relativamente à leitura dos gráficos e respetiva interpretação dos resultados desta segunda parte, optou-se por utilizar duas cores de forma a fazer uma melhor distinção relativamente às respostas dadas: optou-se pelo verde para as respostas que seriam as corretas, e o vermelho para assinalar as respostas incorretas.

No gráfico 7, foi mostrada aos participantes uma lista de vários instrumentos que são utilizados para avaliar crianças com TEA, tendo-se pedindo ao inquirido que escolhesse os 3 instrumentos que considerasse mais apropriados para a realização deste tipo de avaliação em idades precoces; de entre esta lista de 7 instrumentos no total, apesar de todos estes serem instrumentos de avaliação, apenas 3 deles (M-Chat, Cars e Pep-r) são indicados para efetivamente serem aplicados em idades precoces.



*Gráfico 7 – Instrumentos utilizados para avaliar crianças em idades precoces com TEA*

Ainda relativamente a esta questão, podemos observar de uma forma mais clara nos dados que se apresentam no seguinte gráfico, que num total de 66 respostas, os inquiridos apenas responderam corretamente em 24, tendo selecionado num total de 42, outros instrumentos, que neste caso não se aplicam para realização de avaliações em idades precoces.

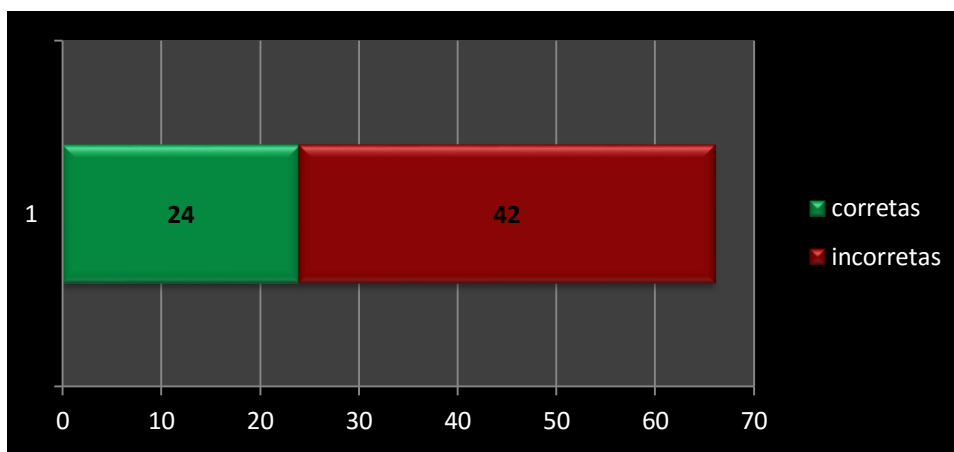
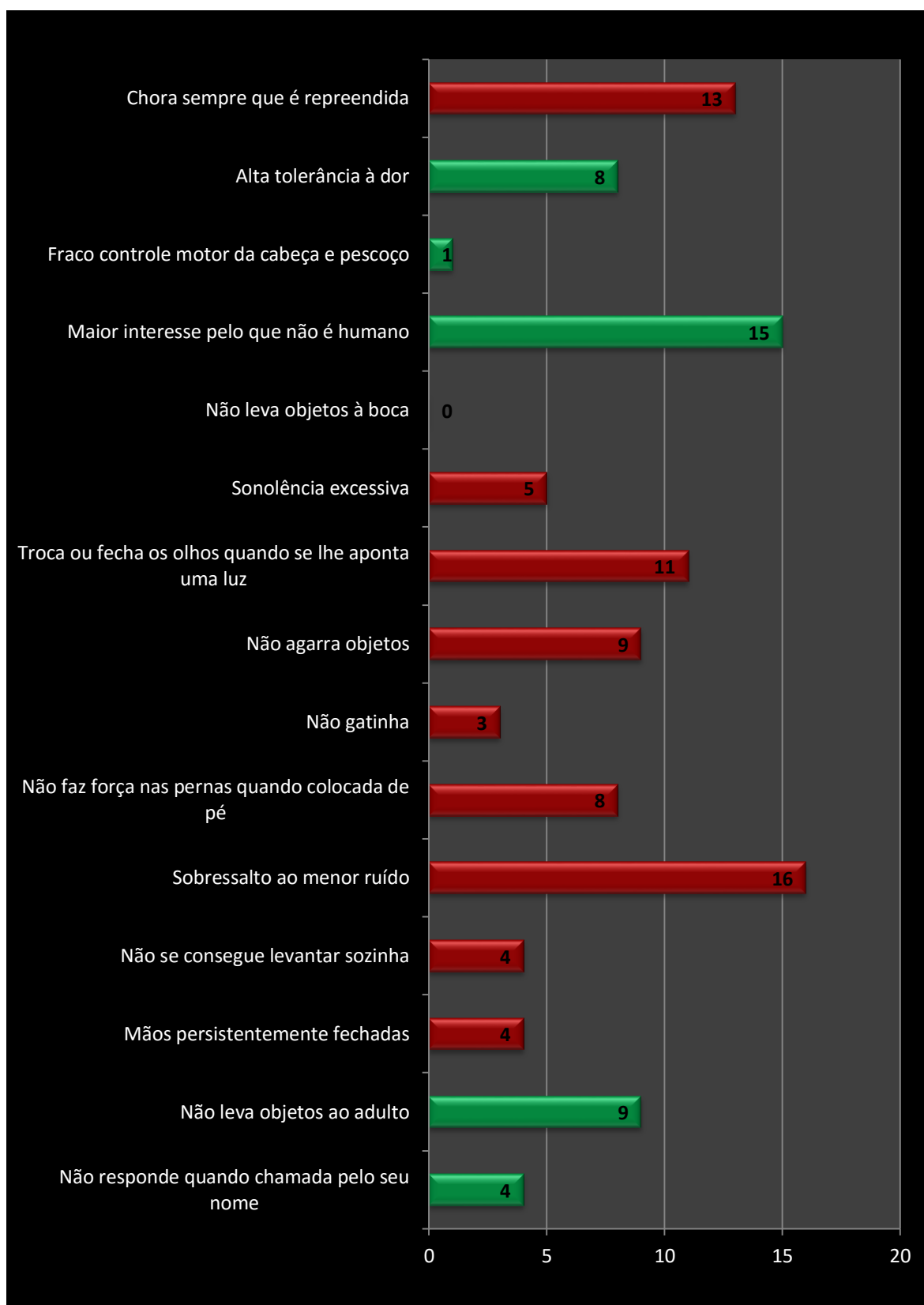


Gráfico 8 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior

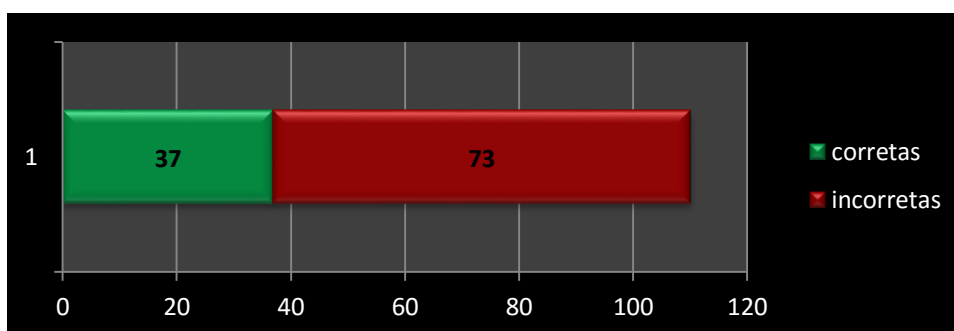
No gráfico número 9 são apresentados vários indicadores de comportamentos que podem indicar possíveis transtornos, sinais de risco e/ou de atraso de desenvolvimento, sendo apenas cinco destes quinze, sinais que possam de facto indicar um possível TEA (são eles os que se encontram preenchidos a verde).

Nesta questão verificam-se algumas discrepâncias, tais como, termos obtido 15 respostas a um dos sinais corretos “*Maior interesse pelo que não é humano*”, mas 16 a um dos sinais que não corresponde ao pedido “*Sobressalto ao menor ruído*”, tendo sido inclusive a resposta que os inquiridos mais selecionaram. Curiosamente, uma das respostas corretas, não foi selecionada por nenhum dos inquiridos.



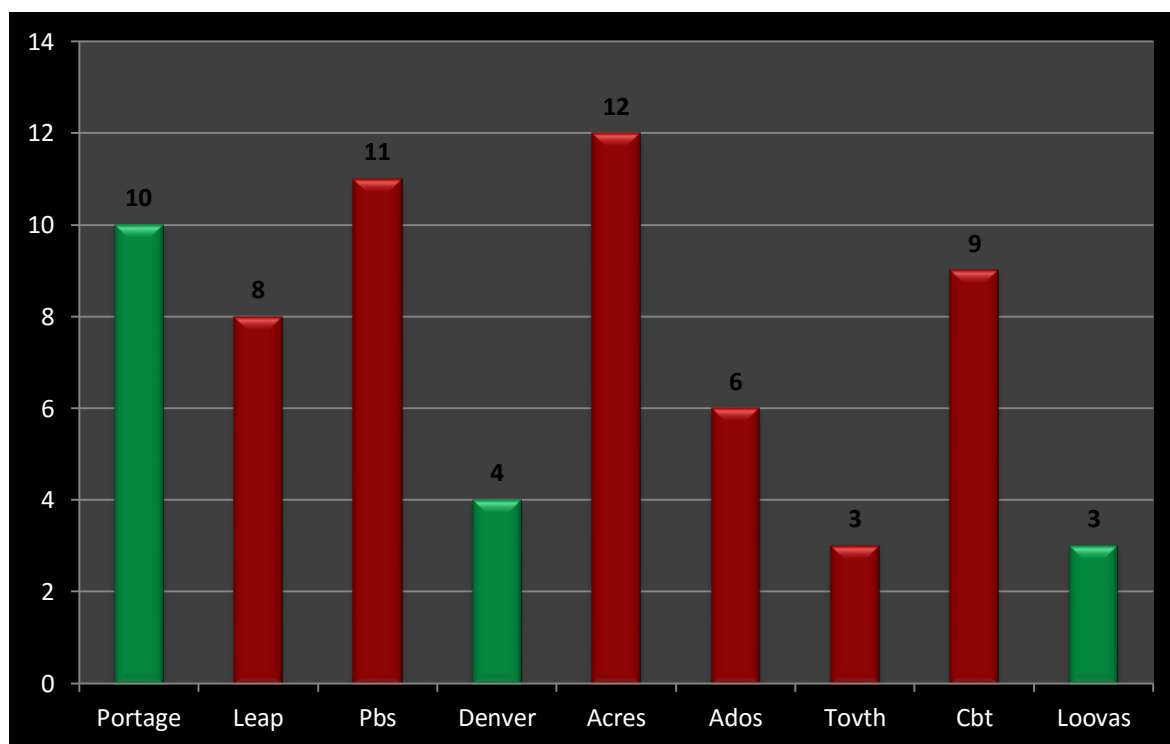
*Gráfico 9 – Sinais que apontem para um possível TEA*

Como se pode verificar no gráfico número 10, entre 110 respostas possíveis, os inquiridos responderam acertadamente a 37, e erradamente a 73.



*Gráfico 10 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior*

A nona pergunta do questionário era referente aos métodos mais adequados e direcionados para a intervenção precoce no TEA. Num total de 9 itens o participante deveria apenas selecionar 3: Portage, Denver e Loovas,; entre os outros 6 itens constam diferentes métodos de intervenção (mas para idades iguais ou superiores aos 6 anos de idade), tal como um instrumento de avaliação de diagnóstico para TEA, uma Associação, e um método de intervenção para indivíduos que sofrem de esquizofrenia.



*Gráfico 11 – Métodos mais adequados para a Intervenção Precoce no TEA*

Ao analisar o gráfico seguinte, podemos perceber mais claramente a quantidade de respostas corretas e incorretas face à última questão, e observa-se um grande desfasamento entre as duas, com 17 respostas corretas face a 49 incorretas.

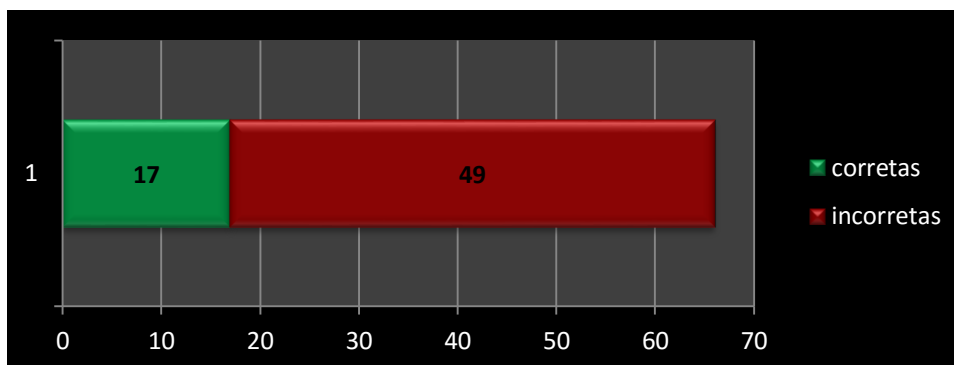


Gráfico 12 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior

O gráfico número dez apresenta as respostas à décima pergunta do questionário, na qual os inquiridos teriam de indicar, a definição correta de um sistema de comunicação alternativa e aumentativa (PECS), havendo um total de quatro hipóteses de resposta. E, tal como se observa, nesta questão, apesar de haver bastantes respostas incorretas, a maioria respondeu acertadamente.

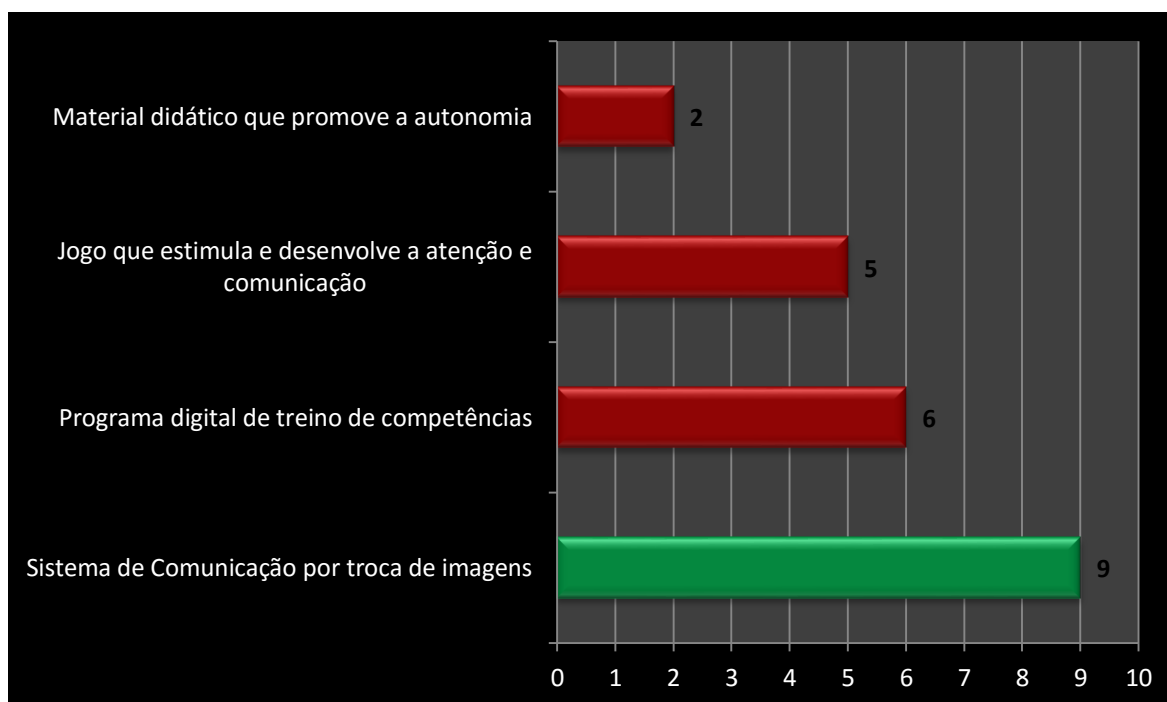
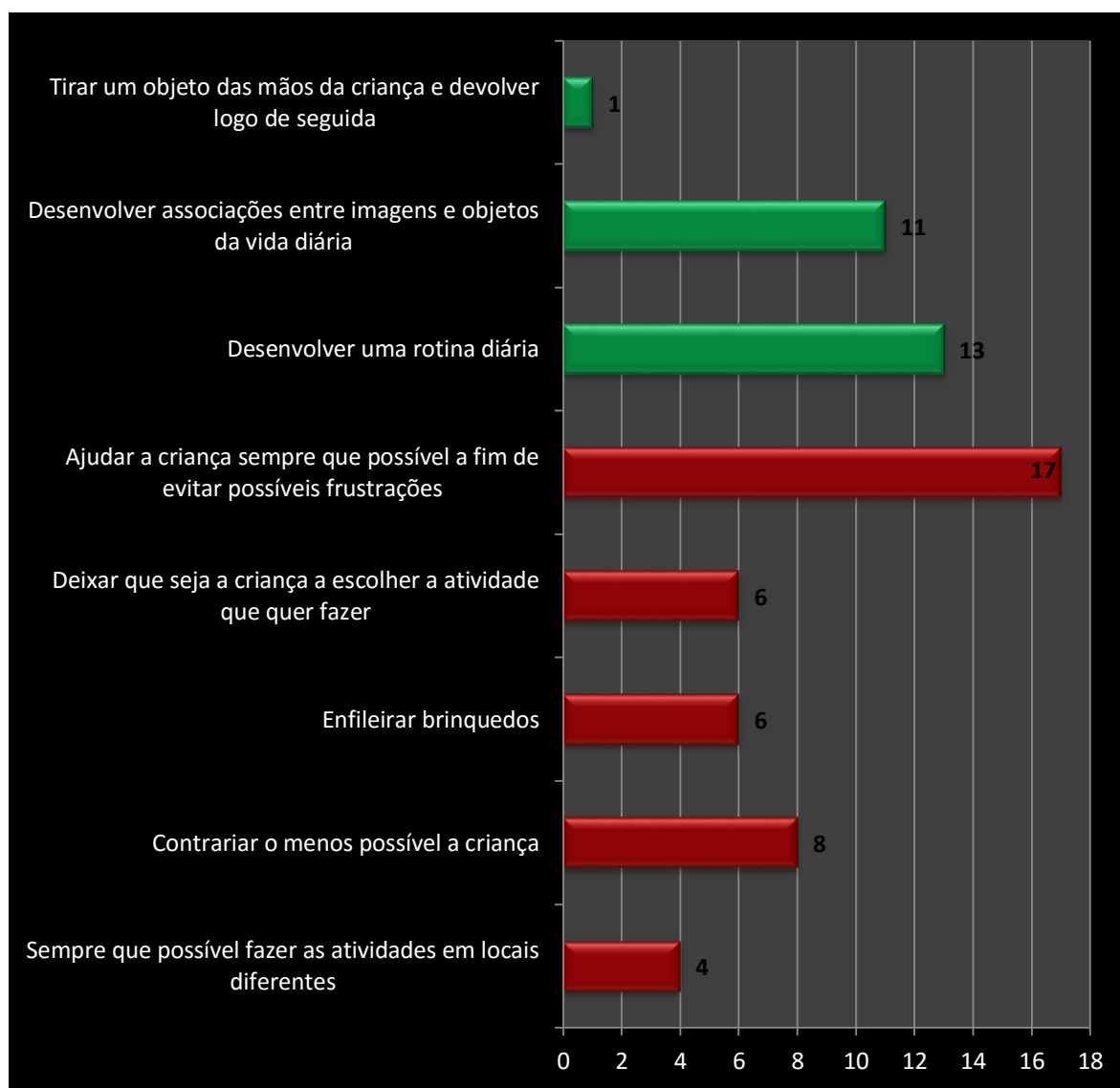


Gráfico 13 – PECS

Na última questão da segunda parte do questionário, era pretendido que os inquiridos apontassem, entre as 8 hipóteses dadas, as três estratégias que considerassem mais importantes para usar junto de crianças em idade precoce diagnosticadas ou sinalizadas com TEA. Pode-se verificar pela análise do gráfico seguinte, uma grande disparidade entre uma das perguntas corretas, selecionada apenas por um inquirido, e uma das respostas incorretas, selecionada por 15 inquiridos.



*Gráfico 14 – Estratégias adequadas para utilizar junto de crianças com TEA*



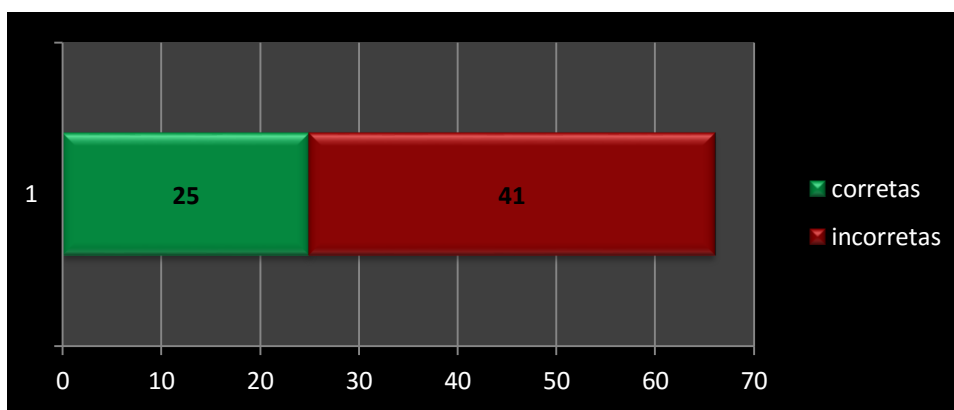


Gráfico 15 – Número de respostas corretas e incorretas relativamente ao gráfico anterior

Relativamente ao nível de preparação dos Professores de Educação Especial que participaram no estudo, pode-se verificar que a maioria respondeu sentir-se “nada” preparado para intervir precocemente junto de crianças com TEA depois de concluída a especialização, enquanto 7 responderam “pouco”, 4 “satisfatoriamente”, e nenhum deles se sentia “bastante” ou “totalmente”.

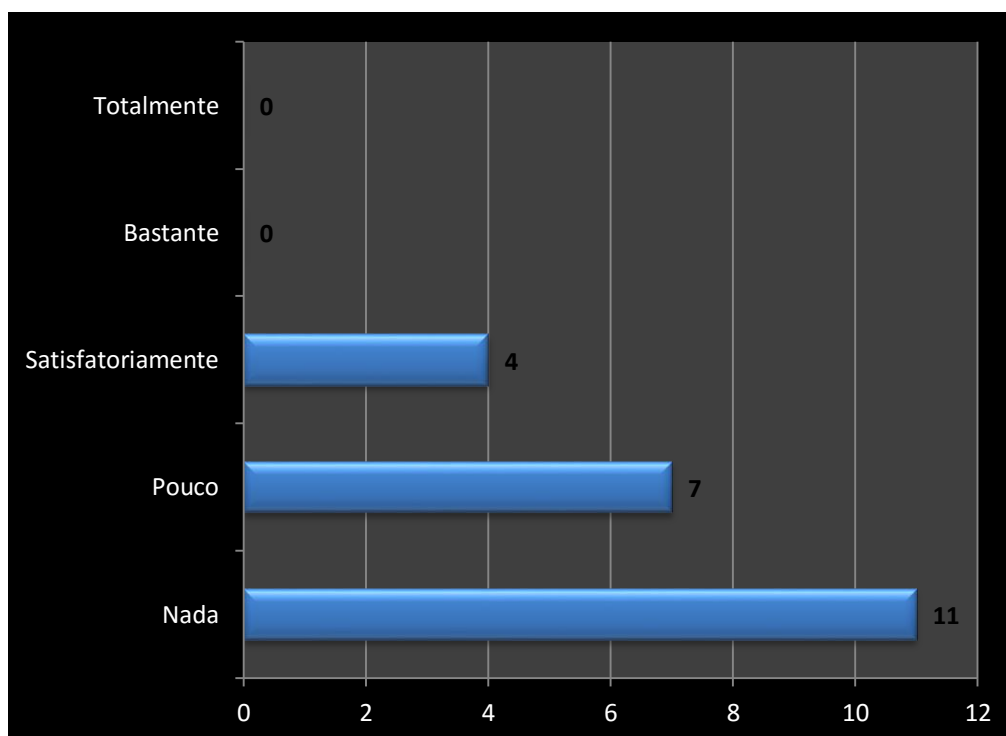
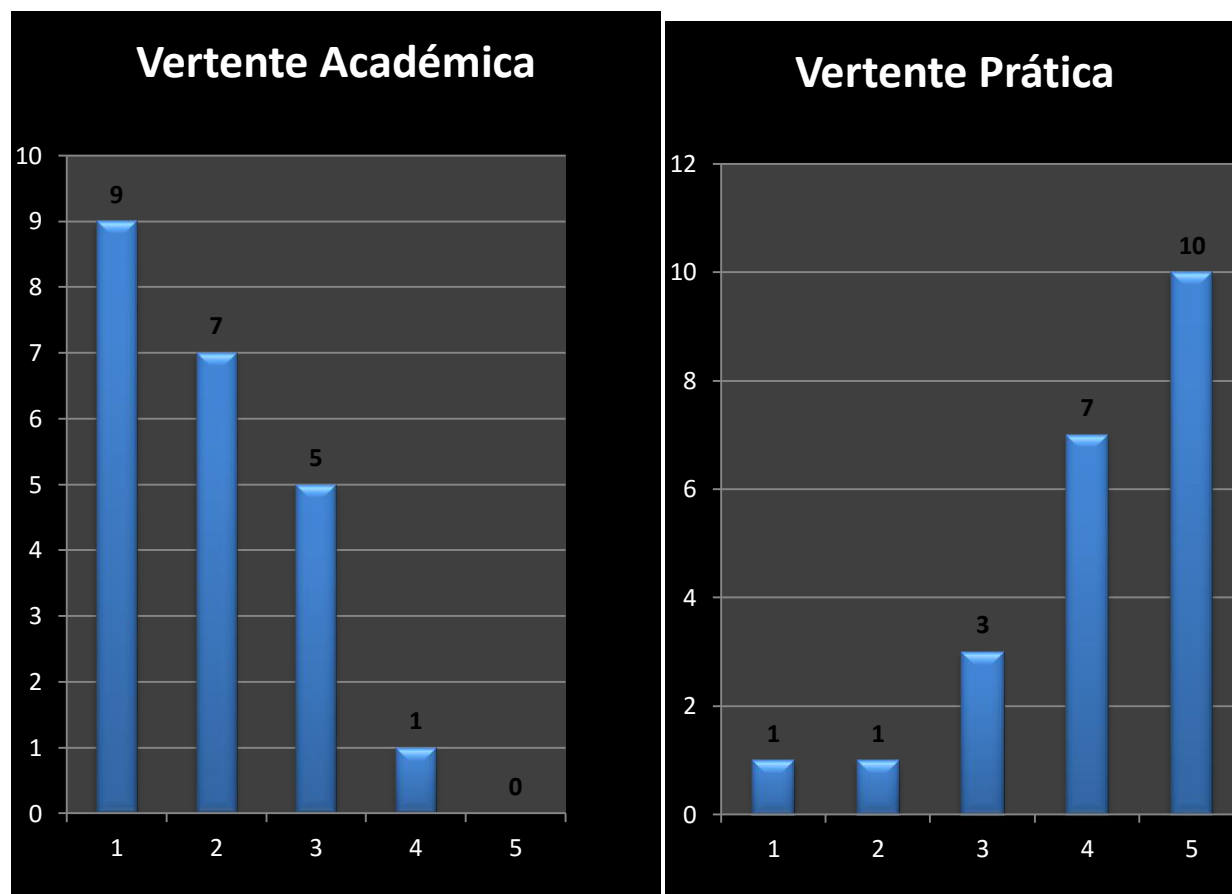


Gráfico 16 – Grau de preparação sentido pelos professores de Educação Especial depois de terminadas a formação, para intervir precocemente com crianças com TEA

No gráfico número 17, podemos verificar o grau de relevância que cada Professor considera que cada uma das vertentes, acadêmica e prática, têm no seu trabalho diário. Observamos então que, segundo os mesmos, a vertente prática tem um peso significativo face à vertente acadêmica, sendo que:

1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Satisfatoriamente; 4 – Bastante; 5 – Totalmente;



*Gráfico 17 – Graus de relevância de cada vertente para o conhecimento acerca do TEA*

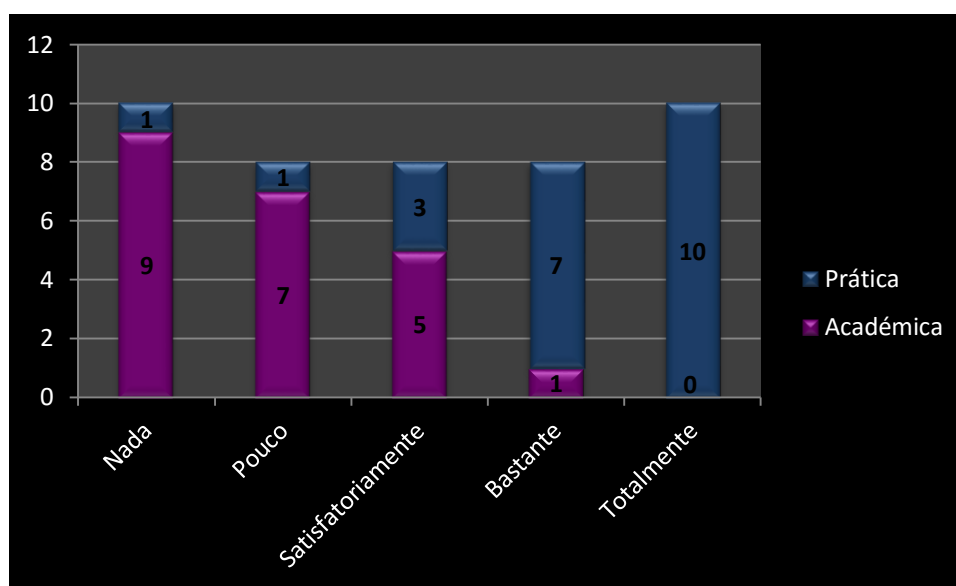


Gráfico 18 – Número de respostas dadas relativamente à questão anterior – vertente académica versus vertente prática;

Relativamente ao nível de preparação por parte dos Professores na generalidade, dos inquiridos dos 22, apenas um deles pensa que os Professores de Educação Especial estão preparados para intervir precocemente junto de crianças com TEA, contra os restantes 21, que são da opinião contrária.

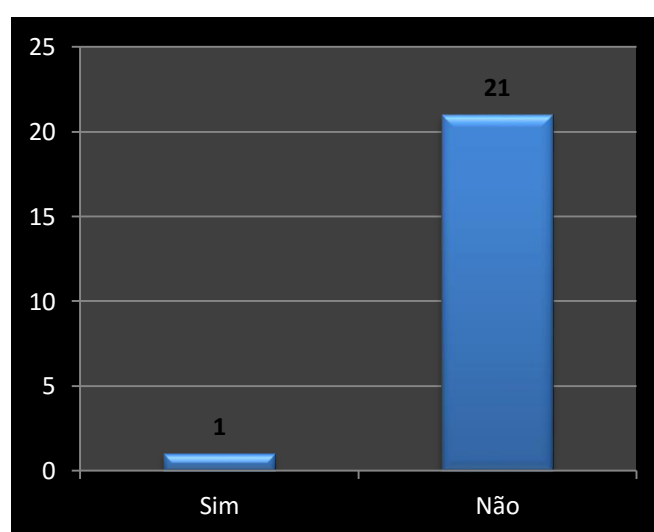
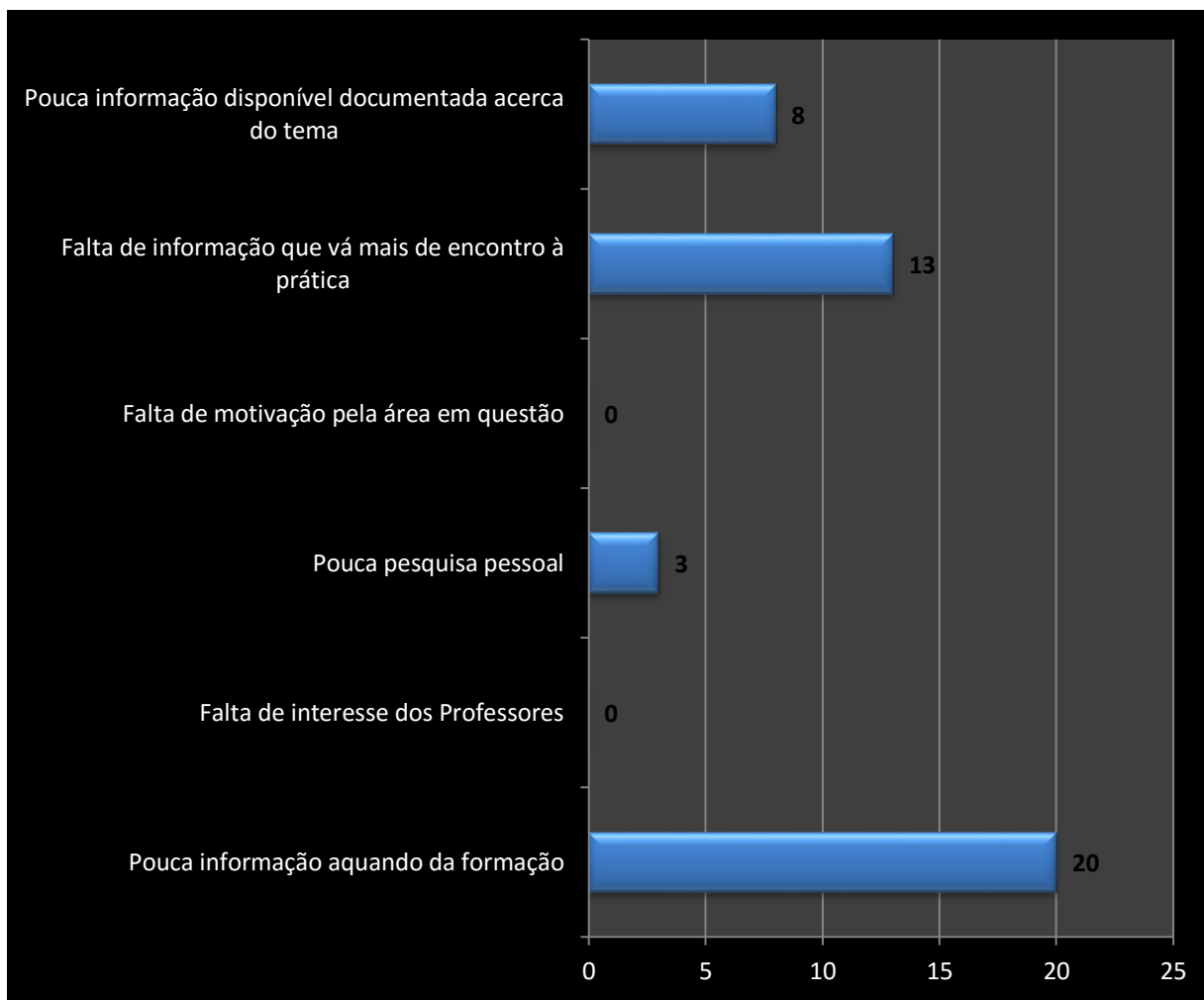


Gráfico 19 – Opinião dos Professores de Educação Especial acerca do nível de preparação dos mesmos, para uma intervenção precoce no TEA

Quando questionamos os inquiridos acerca das razões, que na sua opinião, mais contribuíam para a falta de preparação dos Professores nas suas intervenções junto de idades precoces com crianças com TEA, das seis possíveis respostas apresentadas, a maioria selecionou a opção “*pouca informação aquando da formação*”, e nenhum dos inquiridos considerou o fator falta de motivação e interesse pessoal.



*Gráfico 20 – Razões, segundo a opinião dos inquiridos, que consideram contribuir mais para a falta de preparação dos Professores de Educação Especial para intervir precocemente no TEA*

A décima sexta, e última pergunta do questionário, inquiria os Professores acerca da pertinência de uma vertente que vá mais de encontro à prática aquando da sua formação, de modo a que se possa melhorar a qualidade e eficácia das intervenções. A grande maioria escolheu a opção “*concordo plenamente*”, 4 seleccionaram a opção “*concordo*”, e nenhum dos inquiridos seleccionou as restantes opções: “*nem concordo nem discordo*”, “*discordo*”, e “*discordo totalmente*”.

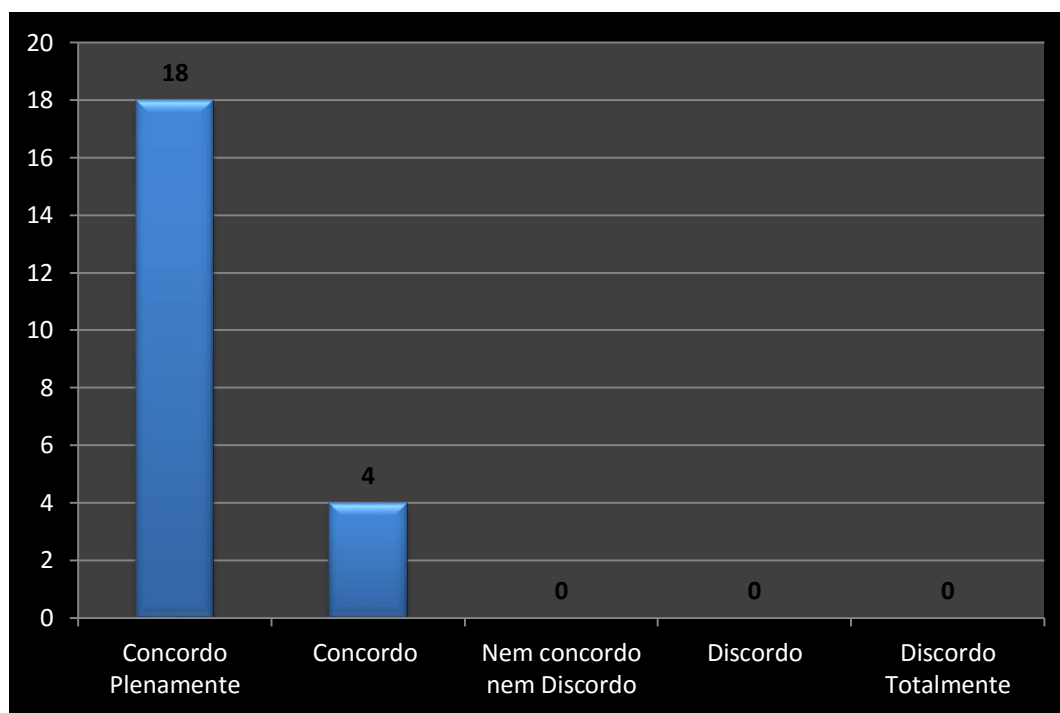


Gráfico 21 – Opinião dos inquiridos sobre a importância de uma vertente mais prática aquando da sua formação

## **5. Discussão dos Resultados**

Após uma breve descrição dos dados, e para ser possível chegar a algumas conclusões, será realizada uma análise mais detalhada, perspetivando a informação que o instrumento em questão permitiu recolher sobre diferentes ângulos.

Neste sentido, e na tentativa de resposta a esta questão, o principal objetivo deste estudo exploratório foi tentar perceber se os professores de Educação Especial estão ou não preparados para atuar perante esta problemática. Assim, explorou-se se este grupo de professores têm conhecimentos necessários para poderem intervir precocemente com qualidade junto de crianças com TEA, nomeadamente no que concerne aos indicadores de alerta para TEA, estratégias e métodos mais adequados a aplicar junto destas crianças, e a opinião acerca do seu nível de preparação.

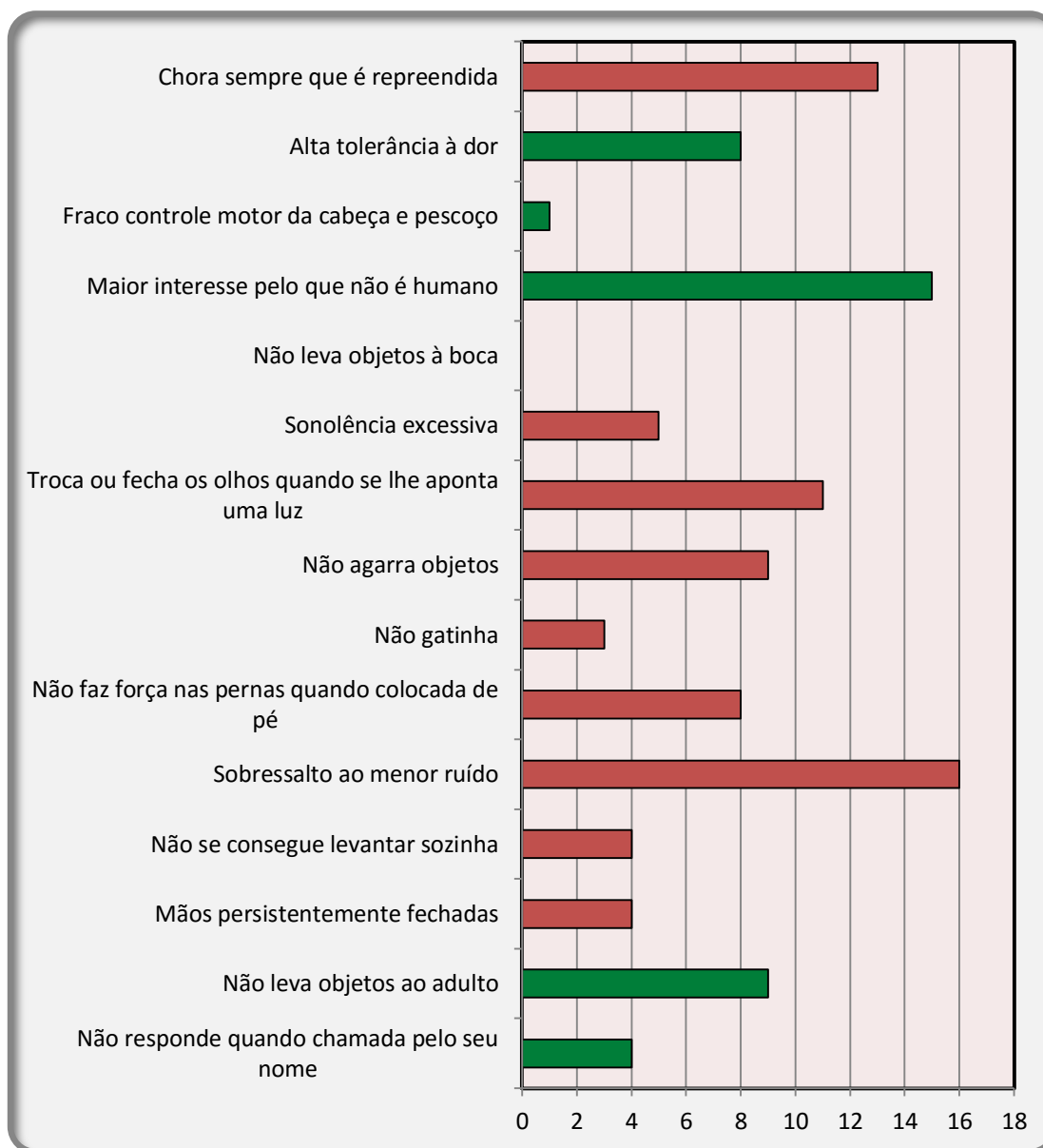
Fazendo um breve resumo aos resultados obtidos através dos questionários, pode-se verificar que, a maior parte das respostas dadas são bastante dissemelhantes, o que revela uma falta de conhecimentos e de preparação, no geral, relativamente à área que tem vindo a ser abordada.

Verifica-se que a maior parte dos inquiridos não tem ainda muita experiência no campo da Educação Especial, e menos ainda no campo da Intervenção Precoce, o que se traduz em dificuldades acrescidas quando analisamos estes conhecimentos à luz da intervenção precoce no Transtorno do Espectro do Autismo.

Passaremos de seguida a fazer uma breve análise das hipóteses que foram levantadas, referindo desde já uma das limitações deste estudo, tal como já foi referido anteriormente, que se prende com o facto de não termos obtido respostas aos inquéritos enviados ao grupo de professores de Educação Especial Domínio Intervenção Precoce; desta forma a hipótese número 2 e 3 ficarão não serão analisadas, uma vez que não reunimos os dados necessários para o fazer; ambas assentavam em possíveis comparações entre este último grupo, e o grupo de professores pertencentes ao domínio cognitivo e motor, tentando apurar qual dos dois estaria mais familiarizados com os sinais que podem alertar para um possível TEA antes dos três anos de idade, e qual dos dois se sentiria

melhor preparados para intervir precocemente junto de crianças com TEA. Passaremos então de seguida a analisar as hipóteses número 1 e 4.

Hipótese 1- *Os professores de Educação Especial estão familiarizados com os sinais que poderão alertar para um possível Transtorno do Espectro do Autismo antes dos três anos de idade;*



*Gráfico A - Sinais que apontem para um possível TEA*

Ao analisarmos o gráfico A, podemos verificar que apesar dos inquiridos terem respondido acertadamente a alguns dos sinais que possam apontar para um possível TEA, selecionaram também bastantes sinais que não o são. Este facto reflete insegurança e uma certa incerteza, relativamente aos conhecimentos que possuem acerca desta área, notando-se uma pobreza de coerência nas suas respostas.

Outro dos factos que se pode apurar é o de, uma vez que os inquiridos não tem conhecimentos sólidos sobre estes sinais, muitos deles tomam por verdadeiro o que sabem do senso comum, o que é um risco, pois não é fidedigno, e poderá induzir em erro, podendo ou não corresponder à verdade, tal como por exemplo estes dois sinais presentes na questão referente ao gráfico A, sendo o primeiro correto, o segundo incorreto “*Maior interesse pelo que não é humano*”, “*Sobressalto ao menor ruído*”, e ambas as perguntas foram as mais votadas pelos inquiridos.

Posto isto, podemos afirmar que, e ficamos com uma ideia ainda mais clara quando verificamos os dados do gráfico B que distribuem as respostas por corretas e incorretas, de que, a hipótese que levantamos “*Os professores de Educação Especial estão familiarizados com os sinais que poderão alertar para um possível Transtorno do Espectro do Autismo antes dos três anos de idade*”, não se confirma.

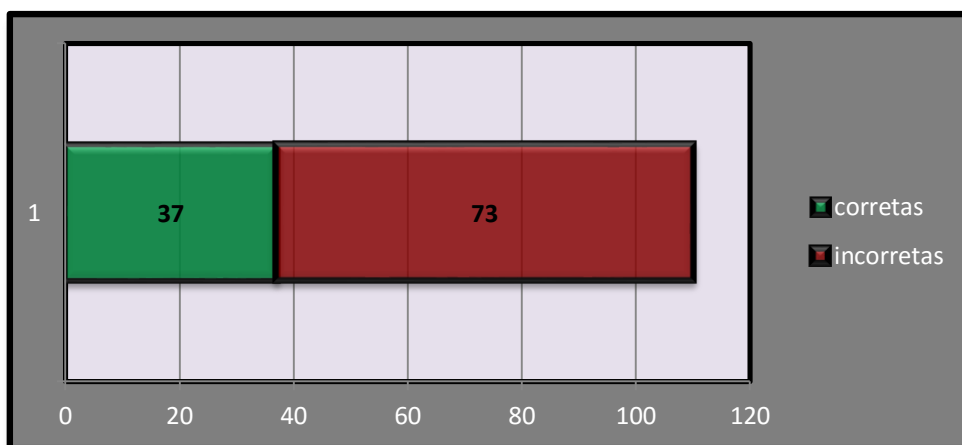


Gráfico B – Número de respostas corretas e incorretas face ao gráfico anterior



Hipótese 4 – *Na opinião dos professores de Educação Especial, a vertente académica tem mais influência na eficácia e qualidade da intervenção precoce no TEA do que a vertente prática.*

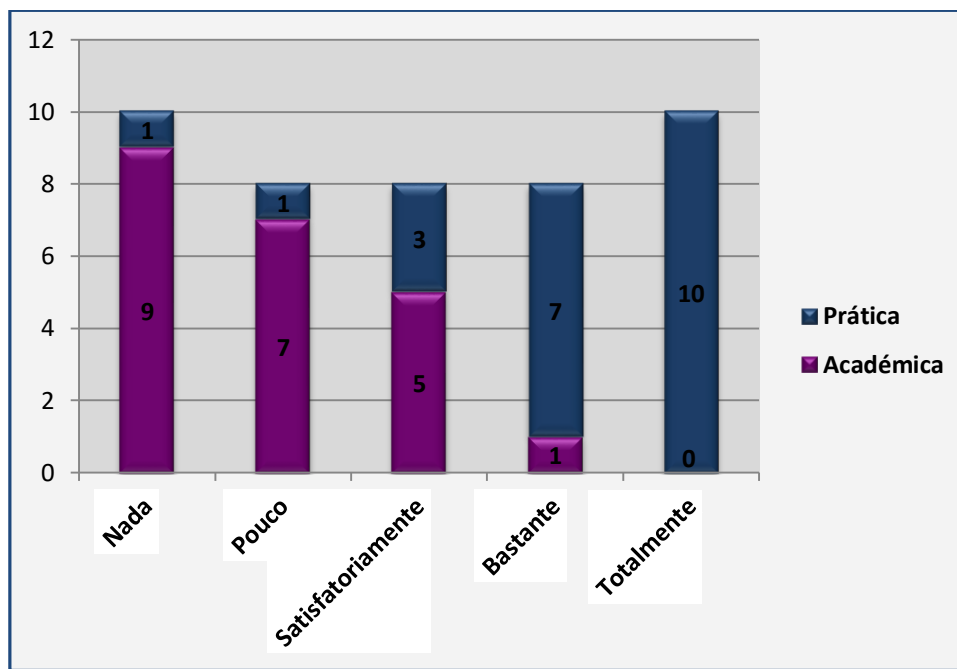


Gráfico C – Vertente Académica vs Vertente Prática

Ao analisarmos o gráfico C, relativamente à eficácia da intervenção precoce no TEA, pondo lado a lado a vertente académica e a vertente prática, podemos verificar que, na opinião dos professores, esta última é a que consideram ter mais influência nas suas práticas, notando-se que existe uma grande discrepância entre as duas respostas. Podemos mesmo concluir que, pelas respostas dos inquiridos a esta questão, há quase como que, nas suas opiniões, uma depreciação da vertente académica face ao peso da vertente teórica na aplicação das mesmas nas suas práticas diárias. Desta forma, verificamos que estes dados não vão de encontro à nossa quarta hipótese, não se confirmando assim a mesma.

Continuando com a discussão dos resultados apresentados, verifica-se que, na generalidade, os professores detêm pouco conhecimento no que diz respeito a instrumentos que são utilizados para avaliar crianças com TEA, bem como no que concerne a métodos e estratégias de intervenção adequados a utilizar junto destas crianças.

Constatamos também que a grande maioria dos Professores inquiridos são da opinião de que, nem eles próprios, nem os demais Professores estão preparados para intervir precocemente no TEA, e ainda na sua opinião, o principal fator que leva a esta falta de preparação é a informação diminuta aquando da formação. Pode-se deste modo verificar a urgência de um maior alargamento e especificidade na transmissão dos conteúdos pedagógicos; atualmente, a Educação Especial ainda é uma área muito abrangente, que alberga todo o tipo de problemáticas; somos da opinião de que é necessário uma reorganização, um repensar relativamente a esta área, devendo ser mais compartimentada, de forma a que a aprendizagem seja mais direccionada, específica e sólida, possibilitando assim mais qualidade na formação e respetiva intervenção dos profissionais.

Relativamente à última questão colocada no questionário, acerca da pertinência de uma formação que vá mais de encontro à prática para que se possa intervir mais eficazmente, pelo número de respostas positivas dadas, podemos verificar que os inquiridos consideram que é de todo necessário.

Em jeito de conclusão da análise dos dados verifica-se que com o decorrer deste estudo se foi tornando claro que, apesar dos professores de Educação Especial terem cada vez mais conhecimentos acerca desta área, encontram-se ainda muito aquém do desejável, e entenda-se por desejável neste contexto, como uma intervenção o mais eficaz possível. Desta forma, quanto mais conhecimentos teóricos e práticos estes profissionais possuírem, melhor preparados estarão para intervir precocemente, melhorando resultados e aumentando a possibilidade de evolução nesta população. Para que tal seja possível é importante, que ainda aquando da sua formação, haja um maior equilíbrio entre a teoria, que é parte fundamental, mas que por si só não é suficiente, com uma parte que vá de encontro à prática, ao trabalho no terreno, para que desta forma articulada se desenvolvam melhores práticas, estando mais cientes da forma como podem aplicar a parte teórica na prática. Ou seja, o professor é *“considerado um actor organizacional que precisa de suporte para a resolução de problemas no seu contexto de trabalho (...) de conhecimentos teóricos e aprendizagens conceptuais, mas igualmente aprendizagens experienciais e contextuais.”* (Formosinho, 2002:11).

Esta falta de preparação e consequentemente falta de confiança, leva a que se perca tempo e qualidade nas intervenções, que deveriam ser por sua vez eficazes e assertivas. Surge assim a necessidade de repensarmos a forma como transmitimos os conhecimentos,

para uma melhor qualidade, e especificidade, devendo-se talvez fazer uma reestruturação que vá mais de encontro a uma formação didático-pedagógica. Posto isto, de seguida passaremos a apresentar uma proposta para uma formação, que tem como intenção dar continuidade ao estudo que aqui foi apresentado, contribuindo para uma melhor preparação destes profissionais, sempre com o objetivo de melhorar e se poder assim atuar de uma forma cada mais assertiva, obtendo-se desta forma os melhores resultados possíveis nas suas intervenções; para tal, é preciso ir além de um conhecimento teórico sobre este espectro, é fundamental que os professores de educação especial estejam familiarizados com as características e os sinais precoces que podem apontar para um TEA, saberem identificá-los, e saber que estratégias aplicar, como e qual a melhor forma de agir e intervir sobre eles. Silva (2009) também aponta para a necessidade de orientação aos professores, pois é a falta de conhecimento a respeito deste transtorno que os impede de identificar corretamente as necessidades das crianças com que se deparam. Ainda o mesmo autor refere que os resultados dos estudos sobre autismo demonstram que os professores apresentam ideias distorcidas a respeito do mesmo, e com este estudo que temos vindo a apresentar e a discutir, pode-se verificar identicamente a falta de conhecimento e de confiança que os professores sentem, traduzindo-se muitas das vezes em desmotivação e em intervenções deficitárias.

Passaremos de seguida a apresentar o alinhamento da proposta de formação:

<b>Tema:</b>
“Intervenção Pedagógica Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo”
<b>Objetivos:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibilizar os profissionais relativamente a esta temática;</li><li>- Transmitir uma visão atualizada do Transtorno do espectro do autismo;</li><li>- Melhorar a capacidade dos docentes aquando da intervenção junto destas crianças;</li><li>- Proporcionar um maior conhecimento acerca dos sinais de alerta precoces;</li><li>- Aumentar as competências, métodos e estratégias a aplicar;</li><li>- Proporcionar aos formandos um conjunto de saberes teórico-práticos que lhes permitam assegurar uma resposta educativa de qualidade;</li><li>- Partilha e troca de experiências;</li></ul>

**Competências:**

- Conhecer de uma forma mais aprofundada e específica o Transtorno do Espectro do Autismo
- Saber reconhecer as características deste espectro
- Identificar sinais em idades precoces que possam apontar para um TEA
- Clarificar a noção de como funcionam as equipas de intervenção precoce
- Domínio de estratégias e metodologias de intervenção mais adequados
- Conhecimento de um programa de comunicação aumentativa e alternativa e respetiva aplicação e funcionamento

**Programa:**

- Transtorno do Espectro do Autismo
  - Conceito e Definição
  - Características gerais
- Intervenção Precoce no TEA
  - Sinais de alerta precoces
  - Diagnóstico
- Intervenção Pedagógica em crianças com TEA
  - As equipas de intervenção
  - Intervenção no Domicílio e na Escola
  - Métodos de Intervenção
  - Estratégias de Intervenção
  - SPC e PECS

*“A primeira coisa que é preciso deixar bem clara quando se fala de intervenção precoce para crianças com autismo (...), é que é ainda muito reduzida a investigação existente no campo do tratamento”. (Siegel, 2008: 258)*

## **Conclusão**

O Transtorno do Espectro do Autismo, é um campo bastante complexo e com uma multiplicidade de variações, e apesar de nos últimos tempos termos observado alguns avanços dentro das investigações sobre o mesmo, pode-se concluir, nesta fase final do trabalho, depois de toda a pesquisa feita, que ainda muito há por descobrir, estudar, pesquisar e informar relativamente a esta área, tendo-nos deparado ao longo deste percurso com algumas dificuldades, tais como, a existência de pouca informação disponível recente, informações dúbias, contraditórias, e pouco claras. Todavia, o balanço que se faz é positivo pois contribuiu para uma maior bagagem e esclarecimento acerca do tema, bem como nos possibilitou chegar a algumas conclusões.

Com este trabalho pretendeu-se reforçar e demonstrar a importância de uma intervenção precoce no TEA, e atual pertinência, pois sabe-se que esta contribuiu positivamente, podendo-se verificar uma diferença considerável no desenvolvimento destas crianças, e conforme as pesquisas vão avançando, sabe-se que é possível detetar cada vez mais cedo um TEA, inclusive já mesmo antes dos 6 meses de vida da criança.

Analisando os resultados que têm vindo a ser obtidos nesta área, prevê-se que devido à melhoria no comportamento destas crianças resultante da precocidade da intervenção, as ligações neurológicas envolvidas no desenvolvimento da linguagem e comportamento social irão também mudar, o que é de facto promissor (Dawson & Sterling, 2008).

Quanto mais precocemente se intervir, maiores são as probabilidades da evolução poder ser mais rápida, e quanto mais nova a criança for, maior será a capacidade de responder à estimulação positivamente (Siegel, 2008).

No caso concreto do objeto de estudo do presente trabalho, os professores de Educação Especial, que tal como verificamos anteriormente, têm um papel fundamental no desenvolvimento destas crianças, torna-se essencial que, a partir do momento da deteção deste transtorno, se aja de imediato, mas para que tal aconteça estes profissionais devem estar preparados para o fazer, facto que, atendendo ao que foi observado nesta investigação, não cruza com a realidade com que nos deparamos, pois para diagnosticar e intervir, é necessário estar familiarizado com o problema e respetivas características,

formas e estratégias de intervenção, e através do questionário percebeu-se que grande parte dos inquiridos não possui conhecimentos suficientes para o fazer. Existe muita falta de informação e esclarecimentos, o que se traduz na contínua presença de alguns dos mitos relativamente a este espectro, bem como dúvidas, insegurança e desmotivação, que consequentemente leva a práticas e intervenções menos eficazes.

Torna-se crucial que os professores de Educação Especial tenham uma formação mais completa, partindo da fase inicial, aquando da especialização, passando por futuras formações, seminários ou workshops.

## Referências Bibliográficas

- Alves, M. S. A. (2009). *“Intervenção Precoce e Educação Especial: Práticas de Intervenção centradas na família”*. Viseu: Editora Psicosoma.
- American Psychiatric Association (1994), *“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition – DSM-IV”*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fifth edition – DSM-V”*. Washington DC, London England.
- Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo. *“Etiologia, diagnóstico diferencial e prevalência.”*. Publicado em 2011. [Consultado em 21-06-2014]. Disponível em: <http://www.appda-norte.org.pt/component/quickfaq/2-autismo/3-etilogia-diagnostico-diferencial-e-prevalencia>
- Artigo da Revista Evidence Based Mental Health: *“Possible benefits from early intensive behavioural and developmental interventions in children with autism spectrum disorders, but more research needed”*. Publicado na internet em 2011. [Consultado em 15-04-2014]. Disponível em: <http://ebmh.bmj.com/content/14/4/102.full.pdf+html>
- Artigo publicado em 2006: *“Early intervention for children with spectrum disorders: guidelines for best practice”*. Departamento de Saúde do Governo Australiano. [consultada a 19-02-14] Disponível em: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-child-autbro-toc~mental-child-autbro-intro>
- Artigo (s/d): *“What is autism?”*. Medical News Today. [Consultada a 20-02-14] Disponível em: <http://www.medicalnewstoday.com/info/autism/>
- Artigo publicado em 2014: *“Advancing early intervention for autism: is early screening enough?”* na página: Autism speaks. [Consultada a 25-02-14] Disponível em: <http://www.autismspeaks.org/science/science-news/advancing-earlier-intervention-autism-early-screening-enough>
- Austin, M. (2005). *“Definición del problema a investigar y de los objetivos de investigación”*. [Consulta a 28-02-14] Disponível em: <http://www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/guiadosproblema>

- Autism Speaks (2014). “*Relatório comunitário sobre autismo.*” [Consulta a 21-06-14] Disponível em: <http://www.autismspeaks.org/science/science-news/cdc-publishes-2014-community-report-autism>
- Bach, H. (1983). “*Programas de Intervenção Precoce*”. Lisboa: Moraes Editora.
- Bairrão, J. e Chaves, I. (2002). “*Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*”. In Coleção, Apoios Educativos Nr.6 Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.
- Ball, J. (2008). “*Early intervention & autism*”. U.S.A.: Editora Future Horizons.
- Bertram, D. (s.d.). “*Likert Scales...are the meaning of life*”. CPSC 681 – Topic Report
- Biklen, S. & Bogdan, R. (2003). “*Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*”. Porto, Porto Editora.
- Bilhim, J., (2002). “*Questões Actuais de Gestão de Recursos Humanos*”. Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais.
- Bruder, M.B. (2010). “*Early Childhood intervention: a promise to children and families for their future*”. Publicação: Council for exceptional children. [Consultado em 14-04-2014]. Disponível em: [www.freepatentsonline.com/article/Exceptional-Children/222678505.html](http://www.freepatentsonline.com/article/Exceptional-Children/222678505.html)
- Camargos, W. (s.d.). “*Diagnóstico/ Suspeita Precoce do Autismo Infantil*”. [http://www.autismobh.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18:diagnostico-suspeita-precoce-do-autismo-infantil&catid=6:caracteristicas&Itemid=19](http://www.autismobh.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18:diagnostico-suspeita-precoce-do-autismo-infantil&catid=6:caracteristicas&Itemid=19)
- Campanário, I., Pinto, J. (2006). “*O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito*”. Brasil. [Consultada a 22-06-14] Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141571282006000200010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141571282006000200010&script=sci_arttext)
- Cavaco, N. (2009). “*O profissional de educação especial – uma abordagem sobre o autismo*”. Lisboa: Editorial Novembro.
- Chagas, A. (2000). “*O questionário na Pesquisa Científica*”. Volume 1, Campinas.
- Correia, D., Álvares, J. e Abel, M. (2003). “*Uma abordagem em Intervenção Precoce centrada na família*”. Cadernos de Educação de Infância, nº67.
- Correia, N. (2011). “*A Importância da Intervenção Precoce para as crianças com autismo na Perspectiva dos Educadores e Professores de Educação Especial.*” Lisboa
- Curtin, S., Voloumanos, A. (2013) “*Speech Preference is Associated with Autistic-Like Behavior in 18-Months-Olds at Risk for Autism Spectrum Disorder*”. Paper. [Consultada a



06-07-14]

Disponível

em:

[http://www.psych.nyu.edu/vouloumanos/CurtinVouloumanos\\_JADD\\_2013.pdf](http://www.psych.nyu.edu/vouloumanos/CurtinVouloumanos_JADD_2013.pdf)

- Dawson, G.; Osterling, J. (1997), “*Early Intervention in Autism*”, in The Effectiveness of Early Intervention: Second Generation Research, M. J. Guralnick (ed), Baltimore, MD, Brookes.
  - Dawson, G., & Sterling, L. (2008). “*Autism spectrum disorders. In M. Haith, & J. Benson (eds.), Encyclopedia of infant and early childhood development*”. London: Elsevier.
  - Decreto – Lei nº 319/91 de 23 de Agosto. Regime Educativo Especial.
  - Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro. Regime Educativo Especial.
  - Decreto –Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. Regime Educativo Especial.
  - Despacho - conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro. Regime Educativo Especial
  - Equipa local de intervenção do alto Tâmega e Barroso Chaves (2013). “*Intervenção Precoce do Paradigma à Prática*”. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Retirado do Slideshare.
  - Decreto de Lei nº 281/2009. Publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de Outubro de 2009.
  - Faherty C. (2006). “*Asperger...O que significa para mim? Sugestões de ensino organizadas para casa e para a escola*”. Prefácio de Gary Mesibov. Editora verbo.
  - Fernandes, A. (2006). “*Projecto Ser Mais – Educação para a sexualidade online. A investigação-ação*”. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências do Porto: Porto.
- [Consultada a 24-02-14] Disponível em:
- [http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE\\_Armenio/TESE\\_Armenio/vti\\_cnf/TESE\\_Armenio\\_web/cap3.pdf](http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap3.pdf)
- Filipe, C. (2012). “*Autismo: conceitos, mitos e preconceitos*”. Lisboa. Editora Babel.
  - Fonseca V. (2008). “*Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*”. 4ª Edição. Âncora editora.
  - Formosinho, J. (2002). “*A Supervisão na Formação de Professores II – da Organização à Pessoa*”. Coleção Infância. Porto, Porto Editora.
  - Fortin, M. (1999). “*O processo de investigação: da concepção à realização*”. Loures, Décaire Editeur.
  - Gadia, C., Tuchman, R., Rotta, N. (2004). Artigo de revisão: “*Autism and pervasive*

*developmental disorders.*” [Consultada a 21-06-14] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa10.pdf>

- Gonzáles, M. (2000). *“Planificación y Diseño de Proyectos en Animación Sociocultural”*. Sanz y Torres, Madrid.
- Green, J. Encyclopedia on Early Childhood Development: *“Early intervention in autism”*. Published online in 2012.
- Hill, M. e Hill, A. (2005). *“Investigação por questionário”*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Jesus, S. (2000). *“Motivação e Formação de Professores”* - (1ª ed). Coimbra, Quarteto Editora.
- Jung, C. (2009). *“Metodologia Científica e Tecnológica”*. [Consultada a 5-07-14] Disponível em: <http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/mod2.pdf>
- Junior, W. (2010). *“É possível identificar o autismo infantil antes dos 2 anos de idade”*. Revista Autismo. [Consultada a 22-02-14] Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/e-possivel-identificar-o-autismo-infantil-antes-dos-2-anos-de-idade>
- Kutcher M. (2011). *“Crianças com Síndromes simultâneas: DDA/H, DAE, Síndrome de Asperger, Síndrome de Gilles de la Tourette, Doença Bipolar e outras”*. Porto Editora.
- Laznik, M.C. (2004). *“A voz da Sereia: o autismo e os impasses da constituição do sujeito”*. Brasil: Ágalma.
- Lima, M. (2000). *“Inquérito Sociológico. Problemas de Metodologia”*. Lisboa: Editorial Presença.
- Lima, C.B. (2012). *“Perturbações do Espectro do Autismo”- Manual Prático de Intervenção*. Lisboa: Editora Lidel.
- Losapio, M., Pondé M. (2008). *“Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo”*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Marot, R. (2004). *“Autismo - Transtornos relacionados por semelhança ou classificação”*. [Consulta a 15-07-2014]. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tra/inf/autismo.htm>
- Marques, C. (2000). *“Perturbações do Espectro do Autismo: ensaios de uma intervenção construtivista desenvolvimentalista com mães”*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Meisels, J. e Shonkoff, P. (2000). *“Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution”*. Handbook of Early Intervention – 2th Edition. Cambridge University Press

- Milhorange, F. (2013). “*Novo teste consegue diagnóstico precoce do autismo*”. [Consulta a 29-06-2014]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/novo-teste-consegue-diagnostico-precoce-do-autismo-10706802#ixzz2tVZp67bM>
- Ministério de Educação (2008). “*Normas Orientadoras: Unidades de Ensino Estruturado para alunos com Perturbações do Espectro do Autismo.*”
- Mota, A. (s.d.) “*Avaliação da maturação percepto-cognitiva e do comportamento motor em crianças com transtorno autista: indicações ao trabalho do educador*”. [Consulta a 10-07-2014]. Disponível em: <http://www.ujaen.es/revista/reid/revista/n1/REID1art4.pdf>
- National Research Council (2001), “*Educating Children With Autism*”, Washington, DC, National Academy Press.
- Ozonoff S., Rogers S. & Hendren R. (2003). “*Perturbações do Espectro do Autismo: Perspectivas da investigação actual*”. Climepsi Editores.
- Pardal, L. & Correia, E. (1995). “*Métodos e Técnicas de Investigação Social*”. Porto, Areal.
- Pereira, E. G. (1998). “*Autismo: do conceito à pessoa*”. Lisboa. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.
- Pereira, A., Riesgo R.; Wagner, M. (2008). “*Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil*”. Jornal de Pediatria. Porto Alegre.
- Pereira, M. P. (2003). “*Psicanálise de uma criança: uma visão clínica de um caso de autismo secundário*”. Fim de século – edições sociedade unipessoal, lda.
- Pimentel, J. S.(2004). “*Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. Análise Psicológica, I (XXII)*”, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, UIPCDE.
- Pontes, A. (s.d). “*Transtornos do Espectro do Autismo.*” Instituto Fernandes Figueira; Ministério da Saúde de FioCruz. [Consulta a 23-06-2014]. Disponível em: <http://www.lncc.br/~alm/neupsico12/adailton.pdf>
- Portugal, G. (2000). “*Educação de Bebés em Creche – Perspectivas de Formação Teóricas e Práticas*”, Infância e Educação, Nº1.
- Portugal, G. (1998). “*Crianças, Famílias e Creches – Uma abordagem ecológica da adaptação do bebé à creche*”. Porto, Porto Editora.
- Prizant, B.; Wetherby, A. (1998), “*Providing services to children with autismo (0-2 years) and their families*”, Topics in Language Disorders
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). “*Manual de Investigação em Ciências Sociais*”. Lisboa, Gradiva.
- Ribeiro, J. (1999). “*Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*”. Lisboa: Climepsi.

- Ribeiro, J. (2007). *“Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde”*. Porto: Legis Editora.
- Richartson, F., et al (2013). *“Metodologia científica - Variáveis”*. [Consulta a 6-07-2014]. Disponível em: <http://gestaoeevolucao.blogspot.pt/2013/07/metodologia-cientifica-variaveis.html>
- Rigolet, S. (2000). *“Os três P: Precoce, Progressivo, Positivo: comunicação elingagem para uma plena expressão”*. Porto. Porto Editora.
- Roberts, J., Prior, M., Rogers, S., Williams, K.(2011). *“A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders”*. Department of families community services and indigenous affairs, Australia.
- Rogers, S. J. (1998). *“Empirically supported comprehensive treatments for young children with autismo”*, J. Clin. Child. Psychiol.
- Sacks, O. (1995). *“Um antropólogo em Marte - Sete histórias paradoxais.”* Lisboa. Relógio D'Água Editores.
- Shonkoff J. P. & S. Meisels J. (2000). *“Preface”*, Handbook of early intervention, Cambridge: Cambridge University Press, p. XVII.
- Siegel B. (2008). *“O mundo da criança com autismo: compreender e tratar perturbações do espectro do autismo.”*Porto: Porto Editora.
- Silva, F. (2014). Entrevista televisiva. Porto. [Consulta a 20-06-2014]. Disponível em: <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=725829&tm=7&layout=122&visual=61>
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce. Ministério de Educação. [Consultada a 1-03-14] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2008). Documento: *“Intervenção Precoce”*. [Consultado em 20-04-2014]. Disponível em: <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/Intervencao%20precoce.pdf>
- Stanzani, E. (2014). *“Questionários em Pesquisas Científicas.”* [Consultado em 7-07-2014]. Disponível em: [http://prezi.com/s\\_zvaqiothhq/questionarios-em-pesquisas-cientificas/](http://prezi.com/s_zvaqiothhq/questionarios-em-pesquisas-cientificas/)
- Tafuri, M. (2003). *“Realidades e controvérsias em relação ao conceito psicanalítico de autismo normal.”* Belo Horizonte. [Consulta a 1-05-2014]. Disponível em: [http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20041213155639.pdf](http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213155639.pdf)

- Tegethof, M. (2007). “*Estudos sobre a intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*”. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Tonelli H. (2011). “*Autism, theory of mind and the role of mindblindness in the understanding of psychiatric disorders*”. [Consultada a 21-06-2014]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722011000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722011000100015&script=sci_arttext)
- Varella, D. (2013). “*Autismo se instala nos 3 primeiros anos de vida*”. ”. [Consultada a 22-06-2014]. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/quadros/autismo-universo-particular/noticia/2013/08/autismo-se-instala-nos-3-primeiros-anos-de-vida-conheca-possiveis-sinais-transtorno.html>
- Wall, K. (2010). “*Autism and early years practice*” - (2ª ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Walter J. (2010). “*Revista Autismo*”. [Consultada a 23-04-2014]. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/e-possivel-identificar-o-autismo-infantil-antes-dos-2-anos-de-idade>
- Weaver, J. (2011). “*Crónica Autista*”. [Consulta a 21-06-2014]. Disponível em: <http://cronicautista.blogspot.pt/2011/07/gene-hormonios.html>

## APÊNDICE

O questionário foi construído a partir do google docs, poderá ser consultado a baixo, ou acedendo ao seguinte link: <https://docs.google.com/forms/d/1onfe-7tzKdA8Ri0jFGdos0llzhl-KORJFG61GP82kw0/edit>

### **Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo**

Caro colega, solicito a sua breve colaboração no preenchimento de um questionário para um trabalho de investigação em curso, cujo tema é a “Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo”, a realizar no âmbito do Mestrado em Ensino Especial: Domínio Cognitivo e Motor, ministrada pela Escola Superior de Educação João de Deus.

O presente questionário é anónimo e os dados são absolutamente confidenciais.

Obrigada pela sua colaboração.

#### 1. Insiro-me no seguinte grupo:

Agrupamento de Escolas de Águeda

Agrupamento de Escolas de Valadares

Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais

Finalista da Especialização de Educação Especial Domínio Intervenção Precoce

#### 2. Sexo:

Feminino

Masculino

3. Idade

23 a 30

31 a 38

39 a 46

47 a 54

55 ou mais

4. Anos de experiência no ensino

menos de 5

6 a 12

13 a 19

20 a 25

26 ou mais

5. Formação Acadêmica (Especialização) na área de:

Educação Especial Domínio: Cognitivo e Motor (910)

Educação Especial Domínio: Intervenção Precoce (940)

Educação Especial Domínio: Cognitivo e Motor (910) e Intervenção Precoce (940)

6. Anos de experiência em Intervenção Precoce

menos de 5

6 a 11

12 a 17

18 ou mais

7. Indique 3 instrumentos que são utilizados para avaliar crianças em idades precoce com Transtorno do Espectro do Autismo

Trf

Wisc III

Pep-r

Cars

M-chat

Disc-4

Sdq

Não conheço nenhum destes instrumentos de avaliação

8. Assinale 5 sinais que apontem para um possível Transtorno do Espectro do Autismo

(Todos estes sinais são detetáveis em crianças até aos 3 anos de idade)

Não responde quando chamada pelo seu nome

Não leva objetos ao adulto

Mãos persistentemente fechadas

Não se consegue levantar sozinha

Sobressalto ao menor ruído

Não faz força nas pernas quando colocado de pé

Não gatinha

Não agarra objetos

Troca ou fecha os olhos quando se lhe aponta uma luz

Sonolência excessiva

Não leva objetos à boca

Maior interesse pelo que não é humano

Fraco controlo motor da cabeça e pescoço

Alta tolerância à dor

Chora sempre que é repreendida(o)

9. Indique três, dos seguintes métodos, que considere ser mais adequados e direcionados para a intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo:

Portage

Leap

Pbs

Denver

Acres

Ados

Tovth



Cbt

Lovaas

Não conheço nenhum destes métodos

10. O PECS é:

Sistema de comunicação por troca de imagens

Programa digital de treino de competências

Jogo que estimula e desenvolve a atenção e concentração

Material Didático que promove a autonomia

11. Assinale 3 estratégias que considere mais adequadas para utilizar junto de crianças com possível Transtorno do Espectro do Autismo

Sempre que possível fazer as atividades em locais diferentes

Contrariar o menos possível a criança

Enfileirar brinquedos

Deixar que seja a criança a escolher que atividade quer fazer

Ajudar a criança sempre que possível a fim de evitar possíveis frustrações

Desenvolver uma rotina diária

Desenvolver associações ente imagens e objetos de uso diário

Tirar um objeto das mãos da criança e devolver em seguida

12. Depois de concluída a Especialização, sentia-se preparada(o) para intervir junto de crianças sinalizadas com possível Transtorno do Espectro do Autismo:

Nada

Pouco

Satisfatoriamente

Bastante

Totalmente

13. Graus de relevância que cada uma das vertentes teve para o seu conhecimento relativamente ao Transtorno do Espectro do Autismo

1(nada); 2(pouco); 3(satisfatoriamente); 4(bastante); 5(totalmente);

Vertente Académica: 1, 2, 3, 4, 5

Vertente Prática: 1, 2, 3, 4, 5

14. Na sua opinião os professores de Educação Especial estão preparados para intervir precocemente no Transtorno do Espectro do Autismo?

Sim

Não

15. Se assinalou "não" na questão anterior, assinale duas das razões que considere contribuir mais para essa falta de formação:

Pouca informação aquando da formação

Falta de interesse dos professores

Pouca pesquisa pessoal

Falta de motivação pela área em questão

Falta de informação que vá mais de encontro à prática

Pouca informação disponível documentada acerca do tema

16. Para uma prática mais eficaz considero pertinente que durante a formação haja uma vertente que vá mais de encontro à prática (estratégias, métodos, etc.):

Concordo Plenamente

Concordo

Nem concordo nem discordo

Discordo

Discordo Totalmente

## **ANEXO**

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999. Resultados superiores a três falhas em no total ou em dois dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15), indicam uma avaliação por profissionais especializados.

- Gosta de brincar ao colo fazendo de “cavalinho”, etc
- Interessa-se pelas outras crianças
- Gosta de subir objetos, como, por exemplo, cadeiras, mesas
- Gosta de brincar de esconde-esconde
- Brinca de faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc
- Aponta com o indicador para pedir alguma coisa
- Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa
- Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou Legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão
- Alguma vez lhe trouxe objetos (brinquedos) para lhe mostrar
- A criança mantém contato visual por mais de um ou dois segundos
- É muito sensível aos ruídos (ex.: tapa os ouvidos)
- Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao seu sorriso
- Imita o adulto (ex.: faz uma careta e ela imita)
- Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome
- Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar
- Já anda
- Olha para as coisas para as quais o adulto está olhando (acompanha o olhar do adulto como atenção compartilhada)
- Faz movimentos estranhos com as mãos/dedos na frente do rosto
- Tenta chamar a sua atenção para o que está fazendo
- Alguma vez se preocupou quanto à sua audição
- Compreende o que as pessoas lhe dizem
- Por vezes fica a olhar para o vazio ou fica andando ao acaso pelos espaços